



Universitat de Lleida

Facultat de Medicina

Grau de Nutrició Humana i Dietètica

**“ESTUDI OBSERVACIONAL DEL PERÍODE DE
LACTÀNCIA DELS NENS I NENES DE 0 A 3 ANYS
DE LES LLARS D’INFANTS DE LA COMARCA DE
L’ALT URGELL”**

Treball Final de Grau presentat per:

Laia Vilarrubla Gaja

Lleida, 28 de juny de 2019

Tutoritzat per:

Teresa Hernández Jover

Curs 2018 - 2019

“ESTUDI OBSERVACIONAL DEL PERÍODE DE LACTÀNCIA DELS NENS I NENES DE 0 A 3 ANYS DE LES LLARS D’INFANTS DE LA COMARCA DE L’ALT URGELL”

Treball Final de Grau presentat per:

Laia Vilarrubla Gaja

Tutoritzat per:

Teresa Hernández Jover

Índex

AGRAÏMENTS	5
1. RESUMS	6
1.1. Resum	6
1.2. Resumen	7
1.3. Abstract.....	8
2. ANTECEDENTS	9
2.1. Lactància materna	10
2.1.1. Composició de la llet materna	11
2.1.2. La instauració de la lactància materna	13
2.1.3. Període de lactància materna exclusiva	14
2.2. Lactància artificial	15
2.3. Introducció de l'alimentació complementària	17
2.4. Mare lactant	18
3. JUSTIFICACIÓ I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA	20
4. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ	21
4.1. Objectiu principal.....	21
4.2. Objectius específics	21
5. MATERIAL I MÈTODES	22
5.1. Tipus d'estudi.....	22
5.2. Materials.....	22
5.3. Mostra	22
5.4. Recollida de dades	23
5.5. Anàlisi estadístic dels qüestionaris	23
5.5.1. Variables	23
5.6. Període temporal i calendari	28
5.7. Limitacions de l'estudi	28

6. RESULTATS.....	29
7. DISCUSSIÓ.....	40
8. CONCLUSIONS	48
BIBLIOGRAFIA	50
ANNEX	56
Annex 1: Comparació de la llet materna amb la llet de vaca i les llets adaptades	56
Annex 2: Els “10 Passos per una Lactància Materna Exitosa”	57
Annex 3: Fórmules especials	58
Annex 4: Calendari orientatiu de la incorporació d'aliments.....	60
Annex 5: Qüestionari sobre lactància.....	61
Annex 6: Protecció laboral de la dona lactant	69

AGRAÏMENTS

En primer lloc, vull agrair a la Teresa Hernández per haver-me guiat amb l'enfocament del treball i per la seva dedicació, paciència i ànims fins a l'últim moment.

Dono les gràcies a l'Ester Beltrán i, sobretot, a la Maria Riart per ajudar-me amb el processament de dades, per proporcionar-me part de la seva experiència i la gran atenció que he rebut per part d'elles.

També agrair a tots els professionals sanitaris que m'han revisat el qüestionari com la Maria Dalmau, la Sheila Iglesias, la Rosa Rogé i tot el seu equip de la societat Pediatria dels Pirineus, així com als enquestats voluntaris de la prova pilot.

Sense la col·laboració de les llars d'infants de l'Alt Urgell no hauria pogut dur a terme l'estudi. Per aquest motiu vull agrair als directors de les escoles, a tot l'equip docent i a l'Elisabet el seu gran interès.

Agraeixo també a tots els participants de l'estudi per haver dedicat part del seu temps en contestar el qüestionari.

Per últim, però no menys important agraeixo el suport que he rebut constantment de la família, especialment de la meva mare i de l'Adrià. Sense el seu optimisme i la seva confiança en mi, aquest treball no hauria estat possible.

1. RESUMS

1.1. Resum

Una adequada alimentació durant la infància és essencial per un creixement i desenvolupament òptim i per la prevenció de diverses malalties. La lactància materna hi té un paper fonamental, d'aquí la seva importància en aquesta etapa vital.

L'objectiu principal d'aquest estudi és conèixer el tipus de lactància que reben o han rebut els nens de 0 a 3 anys que acudeixen a les llars d'infants de la comarca de l'Alt Urgell.

És un estudi observacional, descriptiu i transversal, amb una mostra de 154 infants. S'ha utilitzat un qüestionari sobre lactància amb 34 preguntes per recollir les dades, el qual s'han fet servir les llars d'infants com a vehicle.

Prop d'un 90% dels nadons van rebre alletament matern al néixer amb més o menys continuïtat i/o exclusivitat.

Les famílies coneixen els beneficis de la lactància materna i l'escullen com a primera opció. Altrament, no sempre segueixen les recomanacions de la continuïtat d'aquesta, com tampoc d'altres relacionades amb les llets adaptades i de creixement, aigua i suplementació infantil.

Paraules clau: lactància materna, infància, alimentació infantil, llar d'infants.

1.2. Resumen

Una adecuada alimentación durante la infancia es esencial para un crecimiento y desarrollo óptimo y para la prevención de diversas enfermedades. La lactancia materna tiene un papel fundamental, de ahí su importancia en esta etapa vital.

El principal objetivo de este estudio es conocer el tipo de lactancia que reciben o han recibido los niños de 0 a 3 años que acuden a las guarderías de la comarca del Alt Urgell.

Es un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 154 niños. Se ha utilizado un cuestionario sobre lactancia con 34 preguntas para recoger los datos, el cual se han usado las guarderías como vehículo.

Cerca de un 90% de los bebés recibieron lactancia materna al nacer con más o menos continuidad y/o exclusividad.

Las familias conocen los beneficios de la lactancia materna y la eligen como primera opción. De lo contrario, no siempre siguen las recomendaciones de la continuidad de la misma, como tampoco otras relacionadas con las leches adaptadas y de crecimiento, agua y suplementación infantil.

Palabras clave: lactancia materna, infancia, alimentación infantil, guarderías.

1.3. Abstract

An appropriate nutrition during childhood is essential for optimal growth and development and for the prevention of various diseases. Breastfeeding plays a fundamental role, therefore its importance in this vital stage.

The main objective of this study is to know the type of lactation received by children from 0 to 3 years of age who attend nurseries in the Alt Urgell region.

It is an observational, descriptive and cross-sectional study, with a sample of 154 children. A questionnaire of breastfeeding has been used with 34 questions to collect data, which nurseries have been acted as an intermediary.

About 90% of newborns received breastfeeding at birth with more or less continuity and/or exclusivity.

Families know the benefits of breastfeeding and choose it as their first option. Otherwise, they don't always follow the recommendations of the continuity of this one, as well as others related to infant formula, water and infant supplementation.

Key words: breastfeeding, childhood, infant feeding, nurseries.

2. ANTECEDENTS

La distribució de les principals causes de mortalitat i morbiditat han canviat considerablement en els països desenvolupats, i en molts països en vies de desenvolupament s'observa una tendència similar cada vegada en augment. A nivell mundial existeix un augment de la taxa de malalties no transmissibles, com ara les malalties cardiovasculars, la diabetis tipus II, les malalties respiratòries o determinats tipus de càncer (1). La mala alimentació és un factor de risc de les malalties no transmissibles que es pot modificar i que si no es combat, juntament amb altres factors de risc, augmenta la prevalença d'aquestes malalties (2).

Així mateix, tot i que en l'aparició de les malalties no transmissibles i la mortalitat a causa d'elles és principalment en l'edat adulta, els riscos associats a la mala alimentació comencen en la infància (2). L'alimentació dels nens durant els primers mesos són importants per la prevenció d'aquestes malalties durant tota la vida (1).

Una adequada nutrició durant la infància és essencial per assegurar un creixement, salut i desenvolupament adequats (3). Els primers dos anys de vida d'un infant són molt importants ja que la nutrició òptima durant aquest període redueix la morbiditat i mortalitat, així com el risc de patir certes malalties cròniques, i millora el desenvolupament general (4). A més, es tracta d'un període que ofereix oportunitats per establir hàbits alimentaris saludables que es mantindran al llarg de la vida, ja que es modifiquen molt poc (5).

En els lactants, l'aprenentatge i l'alimentació dels adults es produeix de forma progressiva on té lloc l'adaptació dels gustos bàsics i la introducció de nous aliments i textures diferents (6).

L'any 2003, l'OMS i la UNICEF van elaborar l' "Estratègia Mundial per l'Alimentació del Lactant i de l'Infant Petit" per tal de millorar, a través de l'alimentació, el creixement i desenvolupament, l'estat de nutrició, la salut i la supervivència dels lactants i els infants petits (7). Les recomanacions de l'OMS i la UNICEF per una alimentació infantil òptima és oferir lactància materna exclusiva durant els primers 6 mesos de vida i iniciar l'alimentació complementària, adequada i segura, a partir dels 6 mesos d'edat i mantenint la lactància materna fins als 2 anys d'edat o més (3).

A part d'ajudar a prevenir certes malalties no transmissibles, la llet materna conté anticossos que ajuden a protegir dues de les principals malalties que pateixen els infants als dos primers anys de vida, la diarrea i la pneumònia (8). Moltes de les morts dels nadons durant els seus primers mesos de vida són causades per aquestes malalties, les quals són més freqüents i tenen major gravetat entre els nens que són alimentats amb llets adaptades (3).

2.1. Lactància materna

L'OMS afirma que la lactància materna és la forma ideal d'aportar als nadons els nutrients necessaris per un creixement i desenvolupament saludables. A més a més, es recomana que sigui a demanda, és a dir, que s'ofereixi a l'infant quan mostri el mínim signe de voler mamar i permetent-li la quantitat que desitgi i durant el temps que vulgui (9).

La llet materna aporta el 50% de les necessitats d'energia del lactant fins a l'any de vida i fins a un terç durant el segon any de vida. Continua aportant nutrients de major qualitat que els que aporten els aliments complementaris, a més de proporcionar factors protectors. Per això, es recomana que la lactància materna a demanda continuï fins als 2 anys d'edat o més (3).

L'Acadèmia Americana de Pediatria reafirma la recomanació de la lactància materna exclusiva durant aproximadament 6 mesos, seguida de lactància continuada a mesura que s'introdueix l'alimentació complementària, i la continuació de la lactància materna durant un any o més, segons el desig mutu de la mare i el fill (10).

L'Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària transmet que la llet humana és l'aliment d'elecció durant els 6 primers mesos de vida per tots els nens, inclosos els prematurs, els bessons i nens malalts llevat de rares excepcions (11).

També, el Comitè de Lactància de l'Associació Espanyola de Pediatria considera que la lactància materna és el mètode de referència per l'alimentació i criança del lactant i l'infant (12).

Així doncs, l'alletament matern ofereix al lactant un inici òptim a la vida, el desenvolupament psicofísic més adequat i la millor prevenció enfront de problemes de salut tan seus com de la mare. Aquesta afirmació té una base científica més sòlida, de qualitat d'evidència major i una força de recomanació més elevada que molts tractaments d'ús habitual (13).

Pràcticament totes les dones poden donar el pit, sempre que disposin de bona informació i del suport de la seva família i del sistema d'atenció de salut (14).

Els infants que no han rebut alletament matern durant el seu primer any de vida, tenen un major risc de patir (12,15,16,17):

A curt termini

- Dermatitis atòpica, problemes respiratoris i asma (si pertanyen a una família de risc).
- Enterocolitis necrosant (el 83% dels casos és degut a l'alimentació amb llets adaptades).
- Mortalitat infantil en menors de 3 anys.
- Mortalitat postneonatal durant el primer any de vida, en països desenvolupats.
- Mort sobtada del lactant.

- Processos infecciosos: gastroenteritis, otitis, infeccions respiratòries i d'orina.
- Pitjor desenvolupament psicomotor i social durant el primer any de vida.

A llarg termini

- Càncer de mama en l'edat adulta.
- Caries, per desenvolupament orofacial i mandibular, i una major necessitat de correccions ortodòntiques.
- Hernies inguinals.
- Hiperactivitat, ansietat i depressió.
- Malaltia celíaca, al·lèrgies, malalties autoimmunes, malaltia inflamatòria intestinal, obesitat, hipertensió, colesterol alt, diabetis mellitus i alguns tipus de càncer com ara leucèmia, o esclerosi múltiple en l'edat adulta.
- Menor agudesia visual en l'etapa escolar.
- Menor resposta immunitària a les vacunes.
- Puntuacions inferiors als tests cognitius i de coeficient intel·lectual.

Les dones que no donen el pit tenen més risc de patir (12,15,16,17):

- Càncer de mama i d'ovari.
- Hemorràgia postpart major i involució uterina més lenta.
- Interval entre naixements menor
- Fractures per osteoporosi.
- Més pèrdues sanguínies menstruals.
- Retard en la recuperació del pes pre-embaràs.

D'altra banda, l'alletament matern proporciona contacte físic als nadons que els ajuda a sentir-se més segurs, càlids i consolats aportant benestar emocional i afavorint el vincle mare-fill/a (17).

2.1.1. Composició de la llet materna

Els diferents tipus de llet existents tenen unes característiques pròpies que les fan adequades a la cria de cada espècie. És un fluid viu que s'adapta als requeriments nutricionals i immunològics a mesura que creix la cria (18). Per això, la llet materna és l'aliment específic per la seva espècie (19).

La llet materna conté tots els nutrients que necessita un lactant durant els primers sis mesos de vida (carbohidrats, lípids, proteïnes, vitamines, minerals i aigua). Es digereix fàcilment i s'utilitza de manera eficient (3). A més a més, no només conté nutrients, sinó que també aporta enzims digestius, substàncies bacteriostàtiques, components immunològics, factors de creixement i desenvolupament, probiòtics i altres substàncies bioactives (20).

La composició de la llet canvia contínuament, adaptant-se a les necessitats del lactant (20).

Conté una gran quantitat d'aigua (88%) i una osmolaritat semblant a la del plasma, la qual permet mantenir l'equilibri hidroelectrolític (19).

El calostre és la llet que es produeix els primers 4-6 dies. És un líquid groguenc i espès d'alta densitat i amb poc volum. Conté menys calories, lípids, lactosa i vitamines hidrosolubles que la llet materna, mentre aporta més proteïnes (principalment immunoglobulina A secretora i lactoferrina), oligosacàrids, diversos minerals, colesterol, àcids essencials, vitamines liposolubles (A, E i K) i factor de creixement intestinal, en comparació a la llet madura. El calostre proporciona una important protecció immunològica quan el nadó és exposat per primera vegada als microorganismes de l'ambient (3,18,19,20).

La llet de transició està present entre el 6è i el 15è dia i respecte al calostre, disminueix la quantitat d'immunoglobulines i augmenta la lactosa, els lípids i les vitamines hidrosolubles (20). En aquest període es produeix un augment de la producció de llet fins a arribar a un volum estable (18).

La llet madura és la que es produeix des del 15è dia fins al final de la lactància (20) i està composta per (3,18,19,20):

- Hidrats de carboni: conté principalment lactosa que a part de la seva funció energètica contribueix a mantenir l'acidesa intestinal, la qual cosa facilitarà l'absorció de calci i magnesi al lactant. A més, el 10% dels hidrats de carboni són oligosacàrids (fucosa, manosa, àcid siàlic, glucosamina, etc.) la funció dels quals és promoure la proliferació de bifidobacteris, estimular el sistema immunitari i impedir l'adhesió de gèrmens patògens a la superfície epitelial.
- Proteïnes: es diferencien tant en la quantitat (Annex 1) com en la qualitat d'altres llets, conté un equilibri d'aminoàcids que la fan molt més adequada al lactant. La llet materna conté una menor quantitat de proteïnes, especialment de caseïna (un 30%, s'evita la sobrecàrrega renal de soluts) i una major proporció de proteïnes del sèrum (70%): alfa-lactoalbúmina i lactoferrina. Aquesta proporció afavoreix a una millor digestió. El contingut de proteïnes és un dels nutrients més constants durant el període de lactància i tampoc mostra variacions al llarg del dia ni de la presa.
- Lípids: proporcionen el 50% de les calories de la llet materna i són millors absorbits pel lactant que la llet de vaca degut a un menor contingut d'àcid esteàric i major contingut d'àcid palmític esterificat en la posició 2 de la molècula de glicerol. També és més rica en colesterol que altres llets i conté àcids grassos poliinsaturats de cadena llarga (àcid docosahexaenoic i àcid araquidònic) importants pel desenvolupament neurològic de l'infant. El contingut de lípids varia en la seva composició al llarg del dia (és menor a primera hora del matí), al llarg de la presa (és menor al començament) i al llarg del període de lactància (és menor al calostre i al final de la lactància).
- Vitamines: el contingut vitamínic de la llet humana és suficient per cobrir les necessitats del lactant, a excepció de les vitamines D i K. El contingut de vitamina K és baix, per aquest motiu en la majoria dels hospitals s'administra per via

intramuscular durant les primeres hores de vida. El contingut de vitamina D també és baix i és necessari que el nadó estigui exposat a la llum solar per generar vitamina D endògena i/o suplementació.

- Minerals: el ferro, el zinc, el calci i el fòsfor estan presents en una baixa concentració però la seva biodisponibilitat i absorció és elevada. Si les reserves de ferro de la mare són adequades, els lactants nascuts a terme tenen cobertes les seves necessitats de ferro, solament els nadons prematurs poden necessitar suplementes abans dels 6 mesos d'edat.
- Substàncies no nutritives: la llet materna conté molts factors que ajuden a protegir al lactant de processos infecciosos com ara la immunoglobulina A secretora, glòbuls blancs, lisozim, lactoferrina i oligosacàrids. Per altra banda, conté enzims com lipases, amilasa i proteases que faciliten la digestió de diversos nutrients. A més, té factors de creixement (epidèrmic) i altres factors específics i no específics que tenen conseqüències a llarg termini pel metabolisme i el desenvolupament de determinades malalties.

2.1.2. La instauració de la lactància materna

El postpart immediat és un període que té una gran importància per l'establiment de la lactància materna i per desenvolupar el vincle mare/pare amb el fill/a. Per tant, la separació del nadó i la mare en el postpart immediat interfereix en aquest procés (13). Retardar l'inici de la lactància materna després de la primera hora de vida incrementa el risc de mortalitat neonatal, particularment degut a infeccions. El contacte pell amb pell és la millor manera d'iniciar la lactància materna (3). Les mares que han tingut un part normal, han de poder confirmar que se'ls hi ha donat el seu fill/a per tenir-lo en contacte pell amb pell, a la primera hora del part, durant almenys 30 minuts, i que se'ls hi ha proporcionat ajuda per iniciar la lactància (21).

El contacte pell amb pell significa que la part superior del cos del nadó s'ha de col·locar entre els pits de la mare, ambdós nus (han d'estar coberts per crear un ambient càlid). Aquest procediment ha de ser iniciat immediatament després del part o durant la primera mitja hora i s'ha de mantenir durant el major temps possible, almenys durant una hora no interrompuda (3).

És possible que la succió espontània no tingui lloc fins als 45 minuts o 2 hores després del naixement, però el contacte pell amb pell ha de començar al més aviat possible després del part (21).

L'any 1992, l'OMS i la Unicef van dur a terme la "Iniciativa Hospital Amigo del Niño" (IHAN) amb el propòsit d'animar als hospitals, serveis de salut i sales de maternitat a adoptar pràctiques que protegeixin, promoguin i recolzin la lactància materna exclusiva des del naixement. Els hospitals poden aconseguir aquesta acreditació mitjançant l'execució dels 10 Passos per una Lactància Materna Exitosa (Annex 2) i el compliment del Codi de Comercialització dels Succedanis de la Llet Materna (3,22).

Per tal d'assegurar un correcte seguiment de la lactància a la primera setmana de vida, es recomana que en l'alta hospitalària el pediatre aconselli als pares que acudeixin a la consulta del seu pediatre en les següents 48 hores. També s'aconsella realitzar un nou control en la segona setmana de vida per tal d'observar el progrés de la lactància, el benestar del lactant i l'absència de problemes (11,23).

2.1.3. Període de lactància materna exclusiva

L'evidència científica assenyala que, a nivell poblacional, la lactància materna exclusiva durant 6 mesos és la forma d'alimentació òptima per als lactants (8). De forma exclusiva significa que s'ofereix llet materna com a únic aliment o beguda. Si el nadó rep, per una raó mèdica justificada, vitamines, minerals o medicaments es segueix parlant de lactància exclusiva (16).

Els infants alletats de forma exclusiva fins als 4 mesos presenten un risc més elevat de malalties respiratòries, otitis i diarrea que els nadons alletats de forma exclusiva fins als 6 mesos o més (10).

Els nadons han de ser alletats a demanda. No s'ha d'esperar que el nen plori, si està despert, buscant o amb un increment d'activitat s'ha de posar l'infant al pit de la mare. El plor sol ser un indicador tardà de gana i a vegades, dificulta l'alletament (11,24).

La duració de les preses i la quantitat de llet ho determina el propi infant. L'ideal és esperar que el nen es desprengui ell sol del pit (11,16).

Si els lactants sans reben lactància materna exclusiva, no necessiten aigua addicional durant els 6 primers mesos de vida, inclús en climes càlids. La llet materna està composta per un 88% d'aigua, la qual és suficient per satisfer la set del lactant (3). El pediatre ha d'informar a les mares i familiars que els lactants no necessiten suplementes d'aigua ni d'altres líquids (23).

És important que el pediatre expliqui que el ritme de creixement dels lactants que reben llet materna pot ser que no s'ajusti als patrons de referència, però quan s'observen altres paràmetres com ara el benestar del lactant i l'absència de signes de gana no és necessària la recomanació de suplementes amb succedanis (per un retràs del guany de pes) (25). També, és més important el creixement al llarg del temps que el pes en un moment determinat (26).

Hi ha una gran controvèrsia sobre les recomanacions de l'ús de xumet. Es recomana o es desaconsella el seu ús basant-se en experiències personals i no sempre en proves científiques. S'ha relacionat el seu ús amb una menor duració de la lactància materna i dificultats amb aquesta, un augment de freqüència d'otitis, problemes dentals i risc d'accidents. No obstant això, el seu ús, especialment durant el son de l'infant, es relaciona amb la disminució del Síndrome de la mort sobtada del lactant. Altres beneficis del xumet són el seu efecte analgèsic i l'estímul de succió no nutritiva (11,27).

El Comitè de Lactància Materna de l'Associació Espanyola de Pediatria recomana evitar el xumet durant els primers dies de vida. No el desaconsella quan la lactància materna està ben establerta, habitualment a partir del mes de vida. Per tal d'evitar els efectes adversos del xumet, es recomana en tots els infants limitar el seu ús als 12 mesos d'edat (27).

Diversos estudis demostren que la proximitat del nadó i la mare facilita el manteniment de la lactància materna i que a més a més, té un efecte protector enfront el Síndrome de la mort sobtada del lactant. És recomanable que l'infant dormi a prop per tal de facilitar l'alletament. No obstant, la decisió de dormir amb el fill o filla l'han de prendre els pares, i els professionals sanitaris s'han d'encarregar d'informar de les recomanacions i circumstàncies de risc de dormir juntament amb l'infant, especialment en menors de 6 mesos (11,26,28).

Referent l'ús de suplementes de micronutrients al nadó, està indicada l'administració intramuscular única de vitamina K al néixer per prevenció d'hemorràgies (29,30). La suplementació oral de vitamina K al nadó s'ha de limitar en aquells casos que els pares rebutgen la seva administració intramuscular (31).

Pel que fa a la suplementació de l'infant amb ferro, només està indicat en els prematurs.

Finalment, dir que s'aconsella la suplementació de vitamina D al primer any de vida. Això és degut al fet que la lactància materna és deficitària en aquesta vitamina i no és suficient l'exposició solar per cobrir els requeriments del lactant. Per tant, es recomana la seva suplementació, especialment durant la lactància materna exclusiva. En el cas dels infants alimentats amb llets adaptades és necessari també suplementar fins que prenen 1L de llet (3,32).

2.2. Lactància artificial

Gairebé totes les mares poden donar el pit al seu fill/a, tot i que hi ha certes condicions que es recomana no alletar de manera temporal o permanent (16):

- Lactants que no poden rebre lactància materna, només una llet artificial especial (19):
 - Lactants amb galactosèmia: requereixen una llet lliure de galactosa.
 - Lactants amb malaltia d'orina amb olor de xarop d'auró: necessiten una llet lliure de leucina, isoleucina i valina.
 - Lactants amb fenilcetonúria: necessiten una llet lliure de fenilalanina (tot i que es permet poca llet materna, amb un bon seguiment).
- Nounats que poden necessitar altres aliments temporalment, a part de la llet materna:
 - Lactants nascuts amb pes < 1500g (molt baix pes al néixer).
 - Lactants nascuts en < 32 setmanes de gestació (molt prematur)

- Nounats amb risc d'hipoglucèmia, sobretot nadons prematurs, petits per l'edat gestacional, malalts, amb hipòxia o isquèmia al part o fills de mares diabètiques.
- Infecció de la mare per VIH, si l'alimentació de substitució permanent és acceptable, factible, assequible, sostenible i segura.
- Malaltia greu de la mare que impedeix que pugui cuidar al lactant, per exemple septicèmia.
- Herpes símplex Tipus I (HSV-1): s'ha d'evitar el contacte directe entre les lesions de pit de la mare i la boca del nadó, fins que s'hagi resolt la lesió.
- Algunes medicacions de la mare:
 - Psicoterapèutics sedatius, antiepilèptics, opioides: recórrer a alternatives més segures mentre la mare alleta.
 - Iode radioactiu-131: evitar-ne l'ús (hi ha opcions més segures). La mare pot reiniciar la lactància al cap de dos mesos d'haver començat el tractament.
 - Iode-povidona: evitar-ne l'ús excessiu.
 - Quimioteràpia citotòxica: suspendre l'alletament durant la teràpia.

En els casos que no es pot (són molt excepcionals) o no es vol donar el pit al fill/a, les opcions ordenades de més adequada a menys són les següents (16):

1. Oferir al nadó la llet de la mare mitjançant un got o biberó.
2. Oferir-li llet d'una nodrissa sana o d'un banc de llet humana.
3. Oferir al fill/a llet adaptada.

S'haurà de donar igualment de forma exclusiva fins als sis mesos i a demanda.

Les llets adaptades són definides per la seva composició segons els estàndards proposats per entitats científiques com l'ESPGHAN (Societat Europea de Gastroenterologia i Nutrició Pediàtrica) i l'AAPCON (Comitè de Nutrició de l'Acadèmia Americana de Pediatria) (33).

L'ESPGHAN, actualment categoritza les llets adaptades en:

- Fórmules d'inici o tipus 1: destinades a infants de 0 a 4-6 mesos.
- Fórmules de continuació o tipus 2: destinades als lactants a partir dels 6 mesos.
- Fórmules especials: llets sense lactosa, fórmules hidrolitzades, fórmules de soja, etc. (Annex 3)

Tot i aquesta categorització, fins a l'any és preferible la llet d'inici a la de continuació pel seu menor contingut amb proteïnes i major semblança a la llet materna. L'únic avantatge que té la llet de continuació és el preu (16).

Les llets adaptades no són un aliment estèril i, ocasionalment, poden contenir microorganismes en petites quantitats. Per això, s'han de tenir en compte un seguit de mesures higièniques a l'hora de preparar els biberons (34):

- És essencial assegurar una bona higiene de mans abans de preparar els biberons.

- L'aigua que s'utilitza per preparar els biberons no ha de ser necessàriament embotellada, ja que les condicions de cloració atribueixen suficient seguretat enfront alguns microorganismes.
- No és necessària l'esterilització del biberó.
- No és recomanable l'ús de termos o escalfabiberons, ja que mantenir la llet tèbia afavoreix al creixement de microorganismes patògens (35,36).
- S'ha de rebutjar la llet sobrant del biberó (35,36).

La recomanació de l'ús del xumet en els nens que reben lactància artificial, és important oferir-lo al nadó durant el son per tal de reduir el risc del síndrome de mort sobtada del lactant (27).

Per tancar aquest apartat, cal dir que les llets de creixement (destinades a infants d'1 a 3 anys) no són necessàries i el que aconsellen les associacions a nivell mundial és oferir a partir de l'any llet de vaca en comptes de llet de creixement (16).

2.3. Introducció de l'alimentació complementària

A partir dels 6 mesos es recomana continuar amb la lactància materna, juntament amb aliments complementaris apropiats, fins als dos anys d'edat o més (14). Les necessitats d'energia i nutrients del lactant comencen a ser superiors al que pot aportar la llet materna, pel qual es fa necessària la introducció d'una alimentació complementària (4).

Tot i així, la llet materna ha de continuar sent la principal font nutritiva durant tot el primer any de vida, respectant la decisió de les mares sobre quant temps elles i els seus fills continuaran amb l'alletament (37).

L'Associació Espanyola de Pediatria d'Atenció Primària recomana prolongar la lactància materna almenys fins al primer any de vida i més enllà d'aquesta edat si ho desitgen tant la mare com el nen (11).

El procés de diversificació alimentària, que mai s'ha d'iniciar abans dels 4 mesos, és el període en què d'una manera progressiva es van incorporant diferents aliments a l'alimentació del lactant (34). S'han de respectar els senyals de gana i sacietat de l'infant, així com els seus gustos i preferències. Els aliments s'han d'oferir després de la llet materna (o artificial) i s'ha d'intentar promoure l'autonomia dels infants a la taula (38).

Un infant pot iniciar l'alimentació complementària quan es donen lloc tres característiques (16):

1. S'asseu (amb suport) i manté el cap dret.
2. Coordina ulls, mans i boca per observar l'aliment, agafar-lo i posar-se'l a la boca.
3. Pot empassar aliments sòlids, és a dir, no els empeny instintivament cap enfora amb la llengua per evitar ofegar-se (reflex d'extrusió).

Aquests tres signes solen aparèixer a partir dels 6 mesos, és per això que s'ha fixat aquesta edat com el moment ideal per introduir l'alimentació complementària, però això no significa que no puguin tenir lloc als 5 o 7 mesos (16).

La incorporació de nous aliments s'ha de fer de forma progressiva, a poc a poc, respectant un interval de 3-5 dies per a cada nou aliment per observar com es tolera (34). No és important l'ordre d'introducció dels aliments ni tampoc és necessari retardar la incorporació d'aliments potencialment al·lèrgics (16). Sí que s'han de tenir en compte aquells aliments sòlids amb risc d'ennuegament.

A l'Annex 4 s'adjunta el calendari orientatiu d'incorporació d'aliments, extret de la font bibliogràfica elaborada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya "Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)".

2.4. Mare lactant

El Comitè de Lactància Materna de l'Associació Espanyola de Pediatria anuncia que l'estat nutricional de la mare, excepte en casos d'extrema desnutrició, no interfereix en la capacitat de producció làctica ni en la qualitat de la llet materna (9).

La mare lactant ha de menjar i beure en funció dels mecanismes fisiològics de gana i set (16). No necessita seguir una dieta ni contar calories. Quant al tipus d'alimentació, ha de menjar el mateix que sempre: una dieta sana i equilibrada (39).

Si la mare no realitza una alimentació saludable, no és motiu per no optar per la lactància materna o per abandonar-la, ja que la composició de la llet quasi no depèn de l'alimentació de la mare i les llets artificials mai seran millors que la llet materna (39,40).

Una dieta ovolactovegetariana equilibrada és perfectament adequada per adults i nens, per embarassades i per mares que lacten. Tot i així, les persones que realitzen qualsevol dieta vegetariana s'han de suplementar amb vitamina B12, incloses les mares lactants (39).

Durant l'embaràs i la lactància, les dones necessiten més iode de l'habitual. Per això es recomana que prenguin un suplement de 200 micrograms de iode al dia (39,41).

Al contrari que el iode, les necessitats de ferro en el període de lactància es redueixen a la meitat ja que sol produir-se una amenorrea. Només en cas d'anèmia cal que la dona lactant se suplementi amb ferro (39,42).

Els requeriments de calci i vitamina D no augmenten en la lactància, ni el fet d'alletar produeix osteoporosi i posa en perill la salut òssia. Al contrari, hi ha evidència científica que a major temps d'alletament menys probabilitats té la mare de patir fractures de maluc, vèrtebres i extremitats superiors degudes a una osteoporosi. En excepció dels casos de deficiència, els suplementes de calci i vitamina D no estan justificats (9).

La suplementació amb vitamina K només està justificada per augmentar la quantitat d'aquesta vitamina en la llet materna d'aquelles dones que duen a terme un tractament amb fenobarbital, carbamazepina i fenitoïna, o en les que han negat administrar al nounat vitamina K intramuscular (9).

Pel que fa a l'omega 3, no hi ha suficient evidència científica la seva suplementació a dones que donen el pit amb l'objectiu de millorar el creixement o el desenvolupament del seu fill (43), com tampoc n'hi ha de l'ús de multivitamínics en la lactància (9).

La quantitat de líquid ingerida no té cap efecte sobre la lactància (37). Per tant, les mares que donen el pit han de beure aigua en funció de la set que tinguin (9).

No hi ha cap aliment, beguda, complement alimentari, planta medicinal o medicament que sigui necessari per produir més llet, és a dir, productes amb un suposat efecte galactagòg (16,39).

L'abús de cafè, te, xocolata o altres substàncies excitants poden produir en alguns nens inquietud i insomni (23). Les infusions poden produir efectes adversos i s'aconsella evitar les que estiguin classificades com a risc alt i molt alt en e-lactància o LactMed (44,45,46).

Està comprovat que el tabac afecta negativament al nadó: augmenta les possibilitats de patir una mort sobtada del lactant, i s'incrementa el risc de problemes pulmonars. No obstant, si la mare fumadora deixa de donar el pit és un error, ja que la lactància materna protegeix, en part, les malalties que ocasiona el tabaquisme passiu mentre que la llet adaptada no ho fa (9).

Per acabar, dir que durant la lactància és recomanable no consumir alcohol o realitzar un consum ocasional o moderat (44). És molt difícil que l'alcohol durant la lactància perjudiqui el nadó, ja que la dosi que li arriba és mínima, tot i que els nounats són més sensibles i metabolitzen l'alcohol més lentament (47). Tanmateix, beure alcohol és perjudicial per a la salut de la mare i s'ha de recomanar que no en consumeixi. En el cas que ho faci, la millor opció és no abandonar la lactància materna.

3. JUSTIFICACIÓ I PLANTEJAMENT DEL PROBLEMA

L'alimentació infantil, especialment en els primers mesos de vida, és un dels aspectes que crea preocupació en els pares. A més, es sap que una correcta alimentació en aquesta etapa influeix positivament en l'adult.

Hi ha molts estudis i publicacions relacionades amb el període de lactància que demostren els beneficis de la lactància materna enfront de l'artificial.

No obstant, la taxa de lactància materna tant en la Unió Europea com en la nostra regió demostra que no s'aconsegueixen les metes desitjades.

Existeix un ampli ventall de guies amb recomanacions respecte a aquest període dirigides tant als professionals sanitaris com a la resta de població, publicades per diversos organismes internacionals i nacionals. També, s'han realitzat una gran quantitat de programes de promoció de la lactància materna des dels centres de salut de referència.

Tot i així, no és suficient per augmentar la prevalença de lactància materna ni la seva duració.

Per tal de conèixer l'alimentació durant el període de lactància dels infants de la comarca de l'Alt Urgell i altres factors que poden influenciar s'ha cregut convenient realitzar aquest Treball Final de Grau.

Es tracta d'un estudi que pretén aportar noves dades a nivell de territori, destacant com a fets positius l'accessibilitat a les famílies i als professionals.

4. OBJECTIUS DE LA INVESTIGACIÓ

4.1. Objectiu principal

- Conèixer el tipus de lactància que reben o han rebut els nens i nenes de 0 a 3 anys que acudeixen a les llars d'infants de la comarca de l'Alt Urgell.

4.2. Objectius específics

- Recollir i avaluar les preferències escollides per les famílies respecte a la lactància (materna o artificial) tenint en compte els avantatges i inconvenients de cadascuna.
- Comprovar si es segueixen les recomanacions quant a lactància segons les evidències científiques actuals i les recomanacions fetes per organismes sanitaris.
- Identificar i avaluar altres aspectes que poden influenciar en l'alimentació del lactant.

5. MATERIAL I MÈTODES

5.1. Tipus d'estudi

És un estudi observacional de tipus descriptiu transversal.

5.2. Materials

Per tal de realitzar l'estudi, es va redactar un qüestionari (Annex 5) amb un total de 34 preguntes i amb l'objectiu de recollir la major informació possible sobre el període de lactància.

El qüestionari s'ha elaborat basant-se amb l'evidència científica actual i les recomanacions de diverses guies d'organismes sanitaris i ha estat revisat per diferents professionals de la societat Pediatria dels Pirineus formada per pediatres, ginecòlegs i llevadores que col·laboren a l'hospital de La Seu d'Urgell així com també infermeria del Centre d'Atenció Primària de La Seu, i també va estar revisat per dos dietistes-nutricionistes.

A més a més, es va dur a terme una prova pilot per tal de valorar la qualitat del qüestionari a 10 persones voluntàries, les quals tenen un fill o filla menor de 3 anys que ha permès anar-lo rectificant fins a obtenir el definitiu. A part, es va calcular el temps estimat a completar el qüestionari on resultava entre 5 i 10 minuts.

El qüestionari s'inicia amb una breu presentació de l'estudi i amb un recull de dades de l'enquestat (qui respon el qüestionari i país d'origen), dades de l'infant (sexe i edat) i número d'ordre de fill.

Seguidament es realitzen preguntes sobre diversos temes:

- Dades del naixement del fill/a (pes, prematuritat, pell amb pell, etc.).
- Lactància materna i adaptada (duració, motivació d'elecció, beneficis i inconvenients, etc.).
- Preparació de biberons (mesures d'higiene, tipus d'aigua, reutilització de la llet sobrant i ús d'escalfabiberons).
- Infant en el període de lactància (suplementació, beure aigua, ús del xumet, ús de la llet de creixement, edat de l'alimentació complementària)
- Mare en el període de lactància (duració de la baixa maternal, tipus d'alimentació, ús de suplementes, ús de galactagogs).
- Influència d'elecció del tipus de lactància i valoració del recolzament dels professionals sanitaris.

5.3. Mostra

La mostra està formada per 154 infants (85 nens i 69 nenes) que assisteixen a les escoles bressol de tota la comarca de l'Alt Urgell. Els infants que van participar a l'estudi tenen entre 4 mesos i 3 anys d'edat.

5.4. Recollida de dades

La recollida de dades es va realitzar utilitzant les llars d'infants com a vehicle on es van entregar els qüestionaris als directors de cada escola per tal que els proporcionessin als pares dels infants matriculats. Una vegada les famílies responien l'enquesta, utilitzaven l'escola com a vehicle per retornar-la.

Han participat a l'estudi totes les llars d'infants existents a l'Alt Urgell (Taula 1).

Escola bressol	Ciutat o poble on es troba
1. Llar d'Infants Municipal Els Minairons	La Seu d'Urgell
2. Llar d'Infants Xics La Salle	La Seu d'Urgell
3. Llar d'Infants Francesc Xavier	La Seu d'Urgell
4. Llar d'Infants Municipal de Montferrer i Castellbó	Montferrer
5. Llar d'Infants Municipal Els Desfargats	Organyà
6. Llar d'Infants de l'Escola Rural Sant Climent	Coll de Nargó
7. Llar d'Infants Municipal L'Espunyola	Oliana

Taula 1. Llistat d'escoles bressol participants a l'estudi i la seva localització

5.5. Anàlisi estadística dels qüestionaris

Per tal de calcular el percentatge de resposta dels qüestionaris de cada escola bressol es va utilitzar el Microsoft Excel.

L'anàlisi estadística del qüestionari es va dur a terme mitjançant el programa IBM SPSS Statistics v. 24.

5.5.1. Variables

- Número d'identificació de l'enquesta: variable quantitativa (1,2,3,...154).
- Llar d'infants a la qual pertanyen: variable qualitativa.
- Responedor del qüestionari: variable qualitativa (mare, pare o altre).
- Edat de l'infant en mesos: variable quantitativa (1,2...36).
- Sexe de l'infant: variable qualitativa (femení o masculí).
- Número d'ordre de fill: variable quantitativa.
- País d'origen de la mare, pare o tutor: variable qualitativa (Espanya, Colòmbia, Romania,...).
- Pes al naixement en kg: variable quantitativa.
- Prematuritat de l'infant: variable qualitativa (sí o no).
- Temps de prematuritat en setmanes: variable quantitativa.
- Contacte pell amb pell en menys d'una hora després del part: variable qualitativa (sí o no).
- Alletament matern en menys d'una hora després del part: variable qualitativa (sí o no).
- Opció d'alletament matern al néixer: variable qualitativa (sí o no).
- Temps d'alletament matern en setmanes: variable quantitativa.
- Temps d'alletament matern exclusiu en setmanes: variable quantitativa.

- Motiu o motius principals d'optar per l'alletament matern: variables qualitatives (sí o no).
 - Recomanació pel professional sanitari.
 - Beneficis que té per la mare.
 - Beneficis que li aporta al nen/a.
 - Millor forma d'alimentar al fill/a.
 - No va pensar en cap altra alternativa.
 - Recomanació per part d'amics i/o familiars.
 - Creació d'un moment íntim amb el fill/a.
 - Recolzament i vivència en el moment del part.
 - Altres motius.
- Motiu o motius d'abandonament de l'alletament matern: variables qualitatives (sí o no).
 - Reincorporació al treball.
 - Dificultat en l'augment de pes del nadó.
 - Rebuig del pit per part del fill/a.
 - Baix recolzament per part del pare.
 - Impacte negatiu en la relació amb el pare.
 - Dolor a l'hora de donar el pit.
 - Per indicació del metge.
 - Incomoditat de donar el pit fora de casa.
 - Dificultat per trobar temps al llarg del dia per donar el pit.
 - Limitacions de la mare envers l'alcohol.
 - Dificultat a l'hora de recuperar la figura i pes de la mare.
 - Menor producció de llet.
 - Desig de quedar-se embarassada un altre cop.
 - Decisió pròpia.
 - Inici de l'alimentació complementària.
 - Altres motius.
- Opció respecte a l'alletament matern en la incorporació de la mare al treball: variable qualitativa.
- Motiu o motius principals de no optar per l'alletament matern: variables qualitatives (sí o no).
 - Dificultats anteriors amb la lactància.
 - Per indicació del metge.
 - Reincorporació laboral immediata.
 - Patologies i/o tractaments de la mare que ho contraindiquen.
 - Decisió pròpia
 - Falta de recomanació per part dels professionals sanitaris.
 - Dificultats amb la lactància materna observades per amics i/o familiars.
 - Limitacions de la mare envers l'alcohol.
 - Desig de tenir més temps lliure.
 - Desig de la mare de recuperar la silueta quan abans millor.

- Altres motius.
- Tres principals beneficis de la lactància materna per la mare del nadó: variables qualitatives (sí o no).
 - Reducció del risc de càncer de mama i ovari.
 - Afavorir la recuperació del pes pre-embaràs.
 - Ajudar a perdre pes.
 - Benestar emocional i afavorir el vincle afectiu mare-fill/a.
 - Proporcionar aliment a l'instant al nadó.
 - Millora del contingut en calci dels ossos en la menopausa.
 - Prevenció de les hemorràgies post-part.
 - Absència de cost comparat amb la lactància artificial.
 - Altres beneficis.
- Tres principals inconvenients de la lactància materna per la mare del nadó: variables qualitatives (sí o no).
 - Ajudar a guanyar pes.
 - Dolor als pits.
 - Pèrdua de fermesa dels pits.
 - Dificultat amb l'activitat laboral.
 - Incomoditat de donar el pit en un lloc públic.
 - Endarreriment de la recuperació de la figura.
 - Reducció del temps lliure.
 - Interferència amb les relacions sexuals.
 - Augment de desvetllaments a la nit.
 - No veig cap inconvenient.
 - Altres inconvenients.
- Tres principals beneficis de la lactància materna pel fill/a: variables qualitatives (sí o no).
 - Protecció en front a infeccions respiratòries, gastrointestinals, urinàries, otitis, etc.
 - Protecció en front del síndrome de la mort sobtada del lactant.
 - Millor desenvolupament dental.
 - Evitar el restrenyiment.
 - Vincle amb la mare, aport de calidesa i seguretat.
 - Potenciar el desenvolupament intel·lectual.
 - Disminució del risc de patir diabetis, obesitat, hipertensió, hipercolesterolèmia, etc.
 - Disminució del risc de patir malaltia celíaca, al·lèrgies, malaltia inflamatòria intestinal, etc.
 - Protecció del desenvolupament d'algun càncer.
 - Caràcter del nadó més agradable.
 - Altres beneficis.
- Tres principals inconvenients de la lactància materna pel fill/a: variables qualitatives (sí o no).

- Contagi de qualsevol malaltia de la mare.
- Creixement menor que els nadons que prenen llet adaptada.
- Menor vincle amb el pare.
- Augment de desvetllaments a la nit.
- Augment del risc de tenir al·lèrgies.
- Augment dels plors.
- No veig cap inconvenient.
- Altres inconvenients.
- Opció de llet adaptada: variable qualitativa (sí o no).
- Edat de l'inici de la llet adaptada en setmanes: variable quantitativa.
- Edat de finalització de la llet adaptada en setmanes: variable quantitativa.
- Continuació de l'alletament matern a l'iniciar la llet adaptada: variable qualitativa (sí o no).
- Motiu o motius principals d'introducció de la llet adaptada: variables qualitatives (sí o no).
 - Recomanació del pediatre.
 - Impossibilitat de seguir amb la lactància materna a la llar d'infants.
 - Reincorporació laboral de la mare.
 - Dificultats en la lactància.
 - Baix pes de l'infant.
 - Patologies i/o tractaments de la mare que ho contraindiquen.
 - Falta de temps per donar el pit.
 - Incomoditat de donar el pit a fora de casa.
 - Al ser més gran el fill/a ha de prendre també llet adaptada.
 - Coneixement sobre que és bo alternar els dos tipus de llet.
 - Desig de participació del pare en l'alimentació del fill/a.
 - Altres motius.
- Presa de mesures d'higiene en la preparació dels biberons: variable qualitativa (sí o no).
 - Rentar-se les mans abans de la preparació dels biberons: variable qualitativa (sí o no).
 - Esterilitzar el biberó: variable qualitativa (sí o no).
- Tipus d'aigua utilitzada en la preparació de biberons: variable qualitativa (d'aixeta o embotellada).
- Reutilització de la llet sobrant dels biberons: variable qualitativa (sí o no).
- Utilització d'escalfabiberons: variable qualitativa (sí, no o puntualment).
- Forma d'oferir el pit o la llet adaptada: variable qualitativa (a demanda o amb horaris).
- Oferta d'aigua durant el període de lactància exclusiva: variable qualitativa (sí o no).
- Suplementació del fill/a: variables qualitatives (sí o no).
 - No.
 - Vitamina D.

- Ferro.
- Vitamina K.
- Altres.
- Edat d'ofertament del xumet en setmanes: variable quantitativa.
 - No ha ofert o no oferirà el xumet: variable qualitativa (sí o no).
- Oferta de llet de creixement: variable qualitativa (sí o no).
- Edat de l'inici de l'alimentació complementària en setmanes: variable quantitativa.
- Influència major a l'hora d'escollir el tipus de lactància: variables qualitatives (sí o no).
 - Pediatra.
 - Ginecòleg.
 - Llevadora.
 - Metge d'atenció primària.
 - Infermer/a.
 - Dietista-Nutricionista.
 - Amics.
 - Familiars (mare, germana,...).
 - Grups de recolzament de la lactància materna.
 - Informació d'internet.
 - Revistes especialitzades.
 - Llibres.
 - Jo mateixa, sempre he tingut clara aquesta decisió.
- Sensació de recolzament dels professionals sanitaris durant la lactància: variable quantitativa (1,2,3...10).
- Temps de baixa maternal en setmanes: variable quantitativa.
- Fumadora durant el període de lactància: variable qualitativa (sí o no).
- Consumidora d'alcohol durant el període de lactància: variable qualitativa (sí, no o ocasionalment).
- Suplementació de la mare durant el període de lactància: variables qualitatives (sí o no).
 - No.
 - Iode.
 - Omega 3.
 - Ferro.
 - Calci.
 - Vitamina B12.
 - Vitamina D.
 - Vitamina K.
 - Altres.
- Tipus d'alimentació de la mare durant el període de lactància: variable qualitativa (dieta mediterrània, vegana, ovolactovegetariana, lactovegetariana, ovovegetariana, crudívora, Halal, Kosher o altres).

- Utilització d'algun medicament, complement alimentari, herba o aliment especial per augmentar la producció de llet: variable qualitativa (sí o no).

5.6. Període temporal i calendari

L'estudi s'ha realitzat en un període de 8 mesos (Figura 1), on hi consten 6 etapes (Taula 2):

1	Plantejament i enfocament del problema
2	Confecció del qüestionari
3	Contacte i recollida de dades de les llars d'infants
4	Entrada de les dades a IBM SPSS Statistics v.24
5	Processament estadístic de les dades
6	Anàlisi dels resultats i redacció

Taula 2. Etapes de l'estudi i llegenda del calendari de la investigació

Novembre							Desembre							Gener						
			1	2	3	4						1	2		1	2	3	4	5	6
5	6	7	8	9	10	11	3	4	5	6	7	8	9	7	8	9	10	11	12	13
12	13	14	15	16	17	18	10	11	12	13	14	15	16	14	15	16	17	18	19	20
19	20	21	22	23	24	25	17	18	19	20	21	22	23	21	22	23	24	25	26	27
26	27	28	29	30			24	25	26	27	28	29	30	28	29	30	31			
							31													
Febrer							Març							Abril						
				1	2	3					1	2	3	1	2	3	4	5	6	7
4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10	8	9	10	11	12	13	14
11	12	13	14	15	16	17	11	12	13	14	15	16	17	15	16	17	18	19	20	21
18	19	20	21	22	23	24	18	19	20	21	22	23	24	22	23	24	25	26	27	28
25	26	27	28				25	26	27	28	29	30	31	29	30					
Maig							Juny													
		1	2	3	4	5						1	2							
6	7	8	9	10	11	12	3	4	5	6	7	8	9							
13	14	15	16	17	18	19	10	11	12	13	14	15	16							
20	21	22	23	24	25	26	17	18	19	20	21	22	23							
27	28	29	30	31			24	25	26	27	28	29	30							

Figura 1. Calendari de la investigació

5.7. Limitacions de l'estudi

Durant la realització de l'estudi ens podem trobar amb algunes limitacions, com ara:

- L'endarreriment de l'estudi degut a la necessitat del permís de l'Ajuntament de cada població i a la possible col·laboració de les llars d'infants.
- Una predisposició negativa de les famílies a contestar el qüestionari.
- Error a l'hora de contestar les preguntes a causa de biaix de memòria.
- La possibilitat que les famílies no diguin tota la veritat ja que es tracta d'un tema d'alimentació en una etapa de la vida sensible.

6. RESULTATS

Abans d'analitzar els resultats, s'ha calculat el percentatge de resposta de cada llar d'infants de l'Alt Urgell mitjançant el nombre de nens matriculats i el número de qüestionaris retornats (Figura 2).

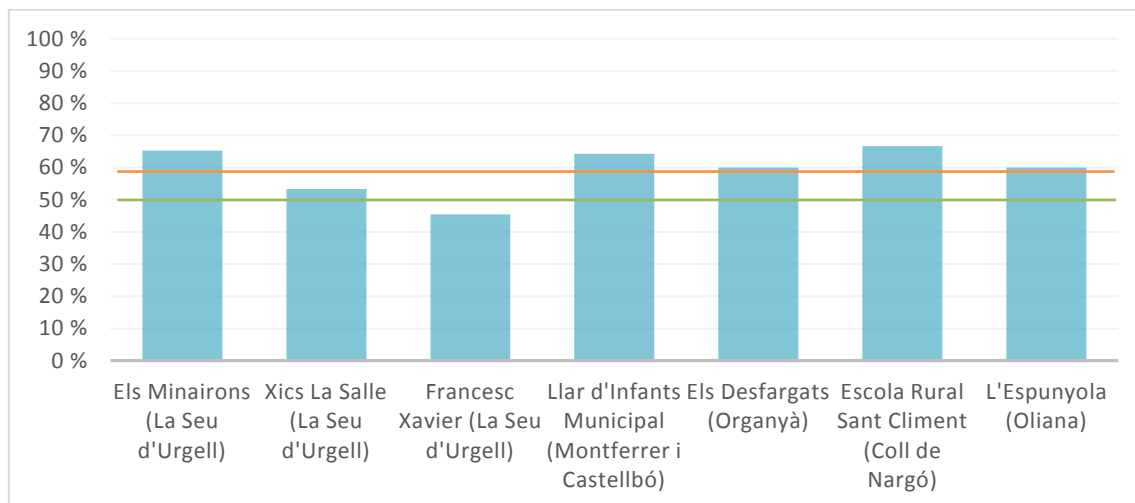


Figura 2. Percentatge de resposta de les llars d'infants. La línia verda indica el 50% dels qüestionaris resposts i retornats i la línia taronja la mitjana de resposta, que correspon a un 59,3%.

La mostra està formada per 154 infants, el sexe dels quals és 85 masculí i 69 femení.

L'adult que respon el qüestionari és majoritàriament la mare de l'infant (97,4%), en menor proporció el pare (2,6%) i en cap cas altra persona. El país d'origen de la mare o pare del nen és un 82,5% d'origen nacional i un 17,5% d'origen estranger (Figura 3).

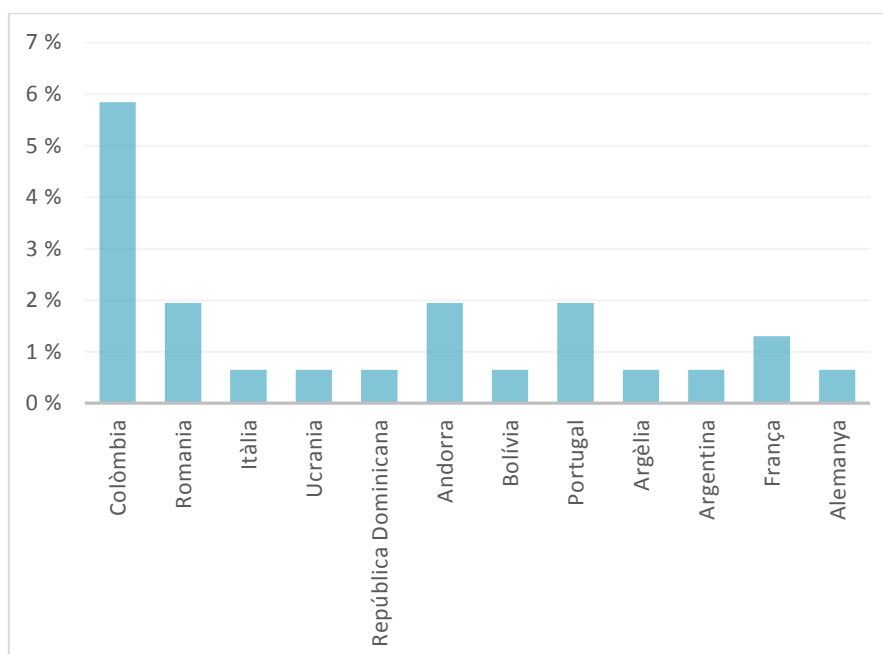


Figura 3. Percentatges dels diferents països de procedència de les famílies estrangeres participants a l'estudi.

L'edat dels infants que han participat a l'estudi varia entre 4 i 40 mesos, sent una mitjana de 24,95 mesos. Pel que fa al número d'ordre de fill, trobem casos des del primer fill al sisè, amb un 53,3% corresponents al primer fill i un 38,2% al segon.

La mitjana de pes al néixer dels nens i nenes de l'estudi era de 3,153kg, amb un interval entre 1,8kg a 4,5kg. Dotze (7,8%) dels infants de la mostra van ser prematurs, dels quals 11 van ser prematurs tardans (35-36 setmanes de gestació) i 1 prematur moderat (32-34 setmanes de gestació).

El 94,7% dels fills van poder mantenir contacte pell amb pell en menys d'una hora després del part amb la seva mare o el seu pare. Un 81,2% dels nadons van rebre lactància materna en menys d'una hora després del part.

En tota la mostra de l'estudi, van optar per alletament matern al néixer el nadó un 89,6% dels pares. La lactància materna va tenir una durada màxima de 39 mesos (> 3 anys) i una mitjana de 12 mesos de duració, sent exclusiva un període de 4,4 mesos de mitjana (17,46 setmanes) i un màxim de 28 mesos.

Comparant el país d'origen nacional i estranger de la família i els infants no nascuts a terme s'obtenen els següents resultats (Figura 4 i 5).

Un 45,8% dels fills van rebre lactància materna exclusiva fins als 6 mesos (Figura 6). El 39,7% dels infants que han participat a l'estudi han rebut lactància materna fins a l'any de vida.

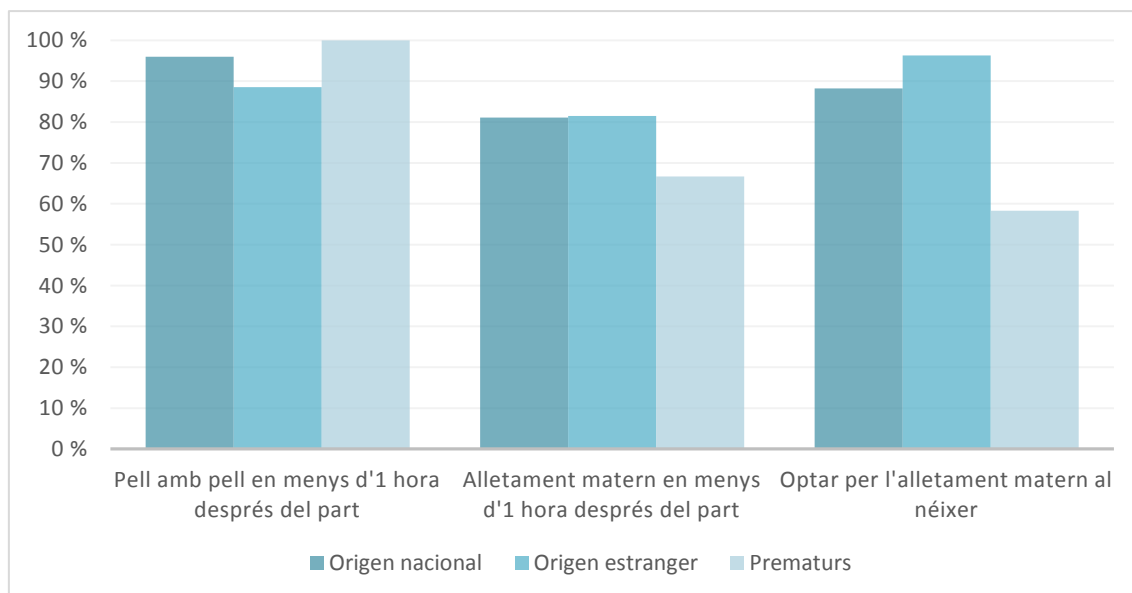


Figura 4. Percentatges dels infants que han mantingut contacte pell amb pell i que han rebut lactància materna (LM) en menys d'1 hora després del part i els que els pares n'han optat al néixer, diferenciats en infants de família d'origen nacional i d'origen estranger i en infants prematurs.

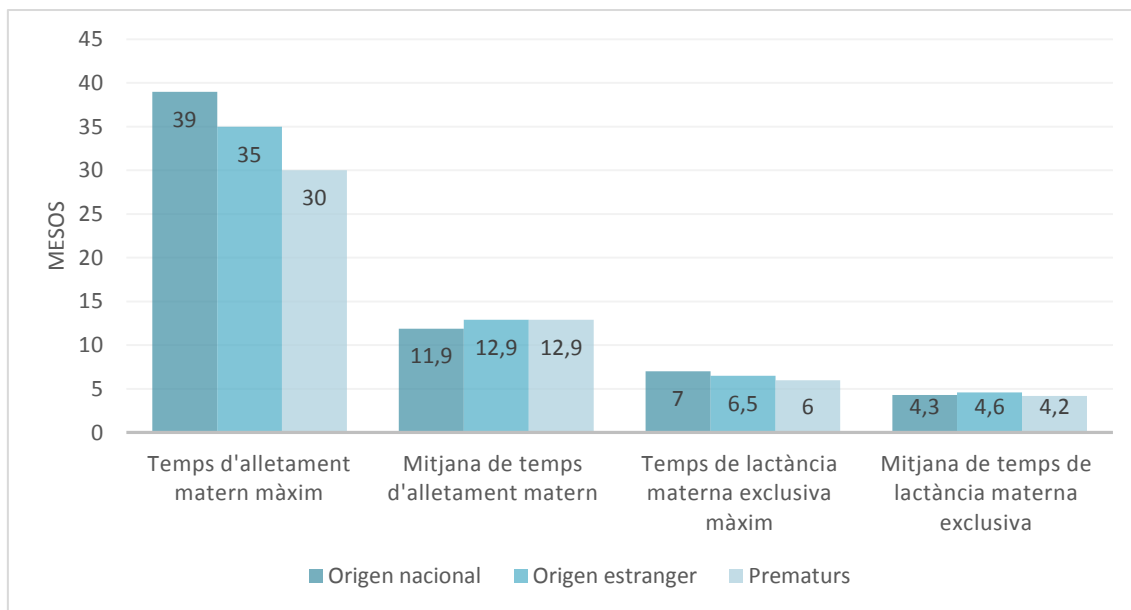


Figura 5. Temps en mesos de la duració de la LM (màxima i mitjana) i del període de LM exclusiu (màxim i mitjana), diferenciats en infants de família d'origen nacional i d'origen estranger i en infants prematurs.

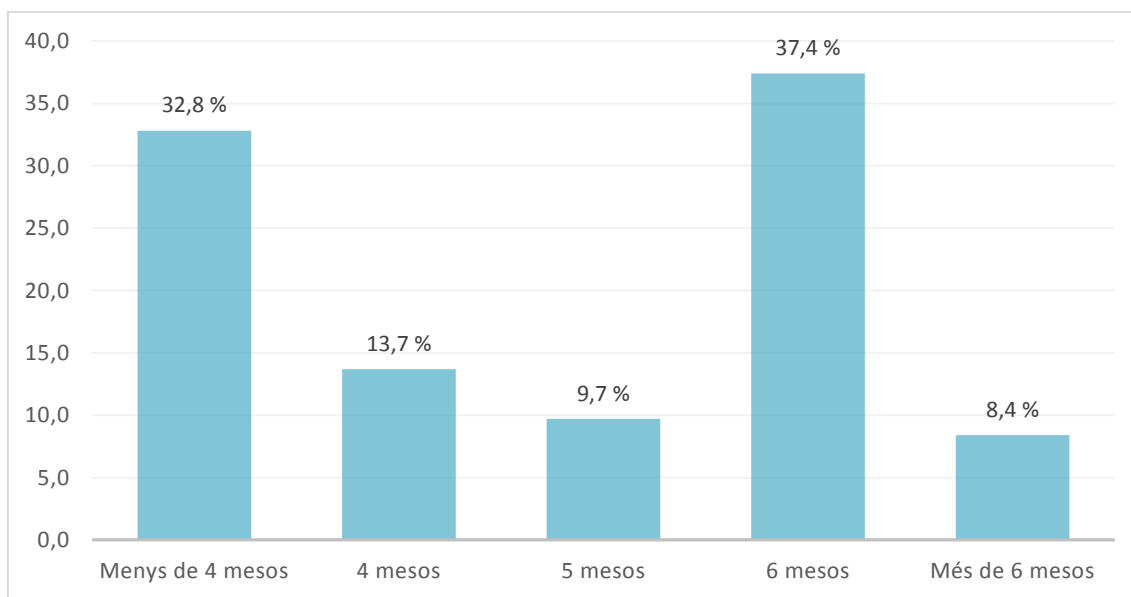


Figura 6. Temps de duració de la lactància materna exclusiva (mesos).

Els principals motius pels quals els pares de l'infant van decidir optar per l'alletament matern són els següents (Figura 7):

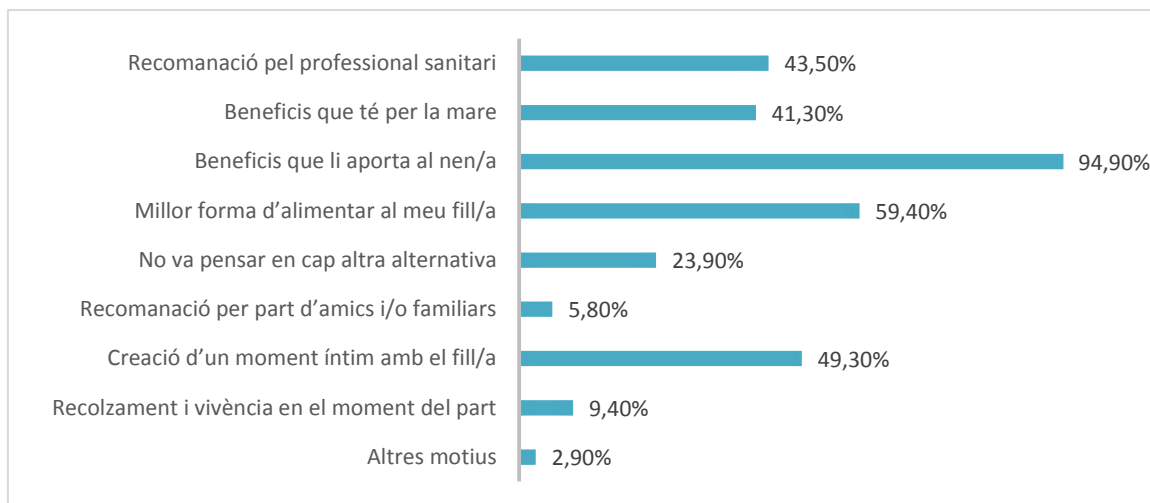


Figura 7. Percentatge de les motivacions principals pels quals els pares van optar per la lactància materna. Referent a l'opció "Altres motius", van ser degut a la practicitat i l'experiència amb el primer fill.

Les famílies de l'estudi van decidir abandonar la lactància materna degut a diversos motius (Figura 8).

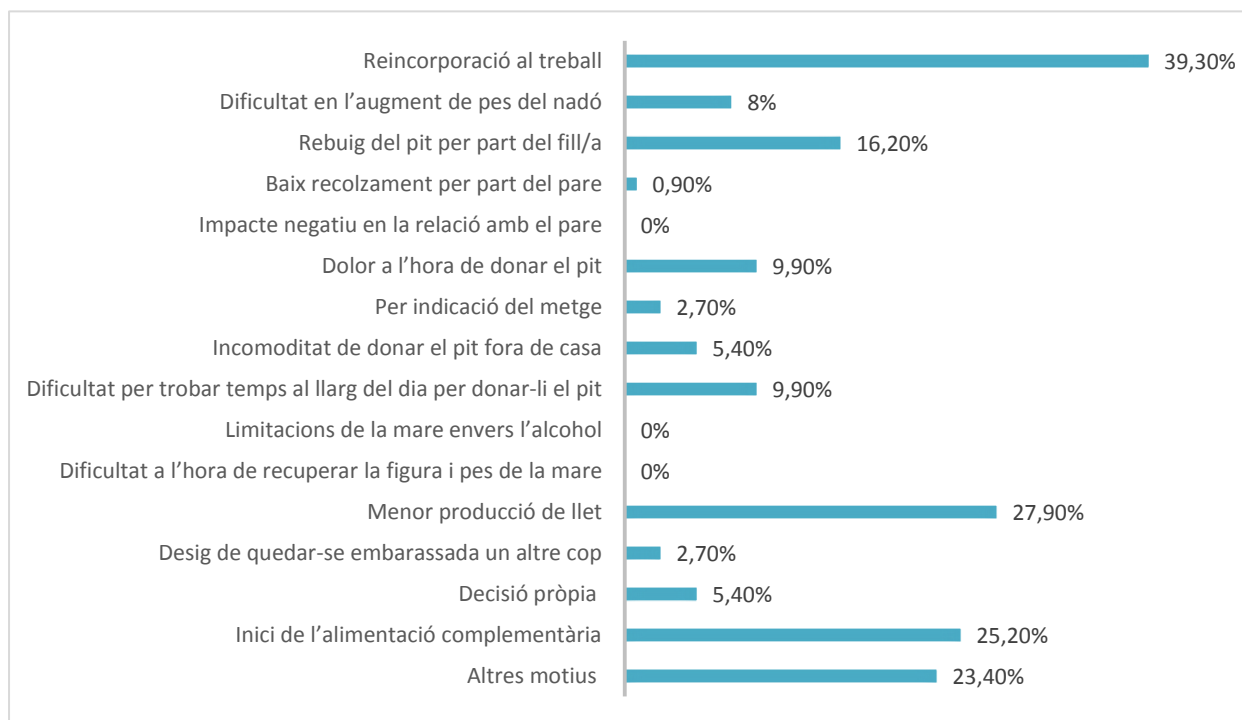


Figura 8. Percentatge dels motius d'abandonament de la lactància materna. Pel que fa a l'opció "Altres motius" predomina el fet que el fill deixa de mostrar interès, l'abandonament per l'edat i a causa d'una operació de la mare.

En el moment que la mare de l'infant es va incorporar al treball, van decidir realitzar una de les possibles opcions respecte a la lactància materna (Figura 9).

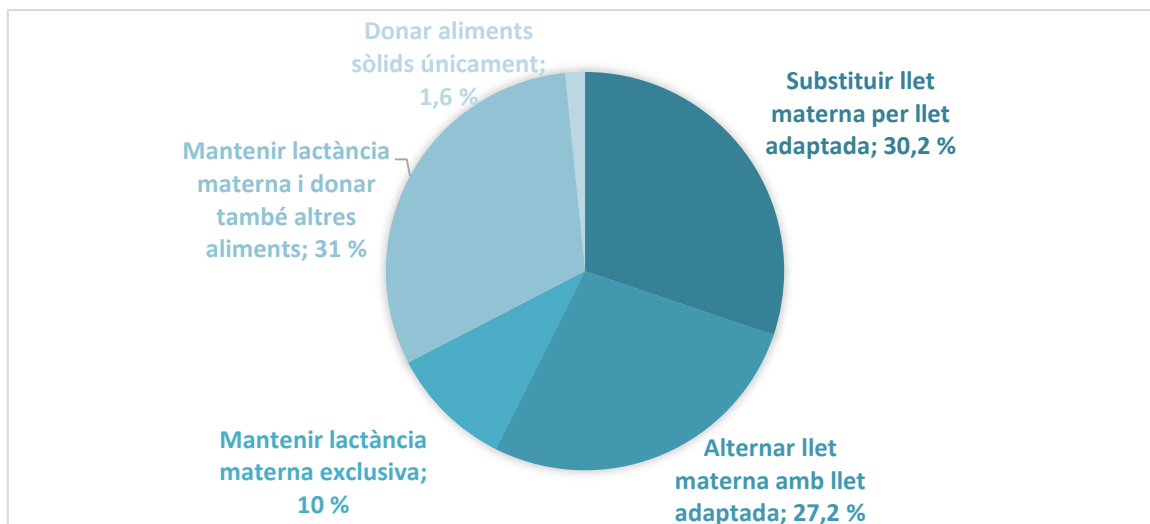


Figura 9. Percentatge d'opcions respecte a la lactància materna en el moment de la reincorporació laboral de la mare.

Les famílies que no van optar per l'alletament matern al néixer el seu fill (10,4%) van decidir-ho per diverses motivacions (Figura 10).

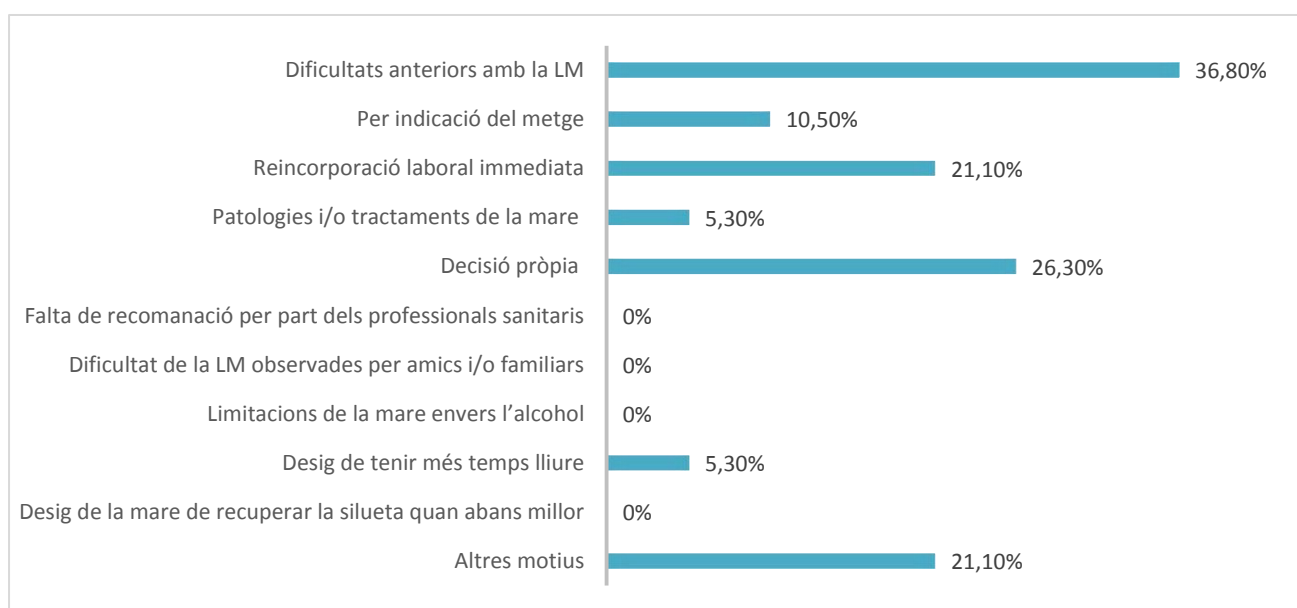


Figura 10. Percentatge de les motivacions principals pels quals els pares no van optar per la lactància materna. Respecte a l'opció "Altres motius", és per causa de fills bessons i no veure's capaç i protagonisme dels pares semblant.

Els 3 principals beneficis de la lactància materna per la mare del nadó, segons consideren les famílies tant si han ofert lactància materna com no, són: produir benestar emocional i afavorir el vincle afectiu mare-fill/a, proporcionar aliment a l'instant al nadó (major comoditat) i la reducció del risc de càncer de mama i ovari (Figura 11).

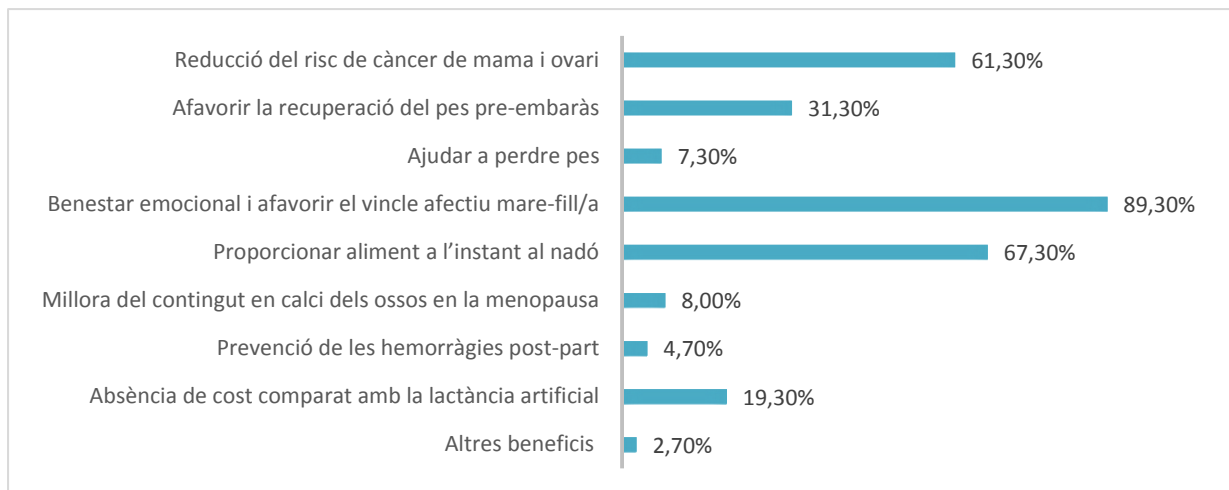


Figura 11. Percentatge dels 3 principals beneficis de la LM per la mare del nadó que consideren els pares dels infants de l'estudi. Com a "Altres beneficis" han respost: ajudar a la recuperació post-part, major aliment pel fill i ser el més adequat per ell.

Pel que fa als 3 principals inconvenients de la lactància materna per la mare del nadó, són en un alt predomini sobre els altres: augment de la freqüència de desvetllament durant la nit, dolor als pits i dificultat amb l'activitat laboral (Figura 12).

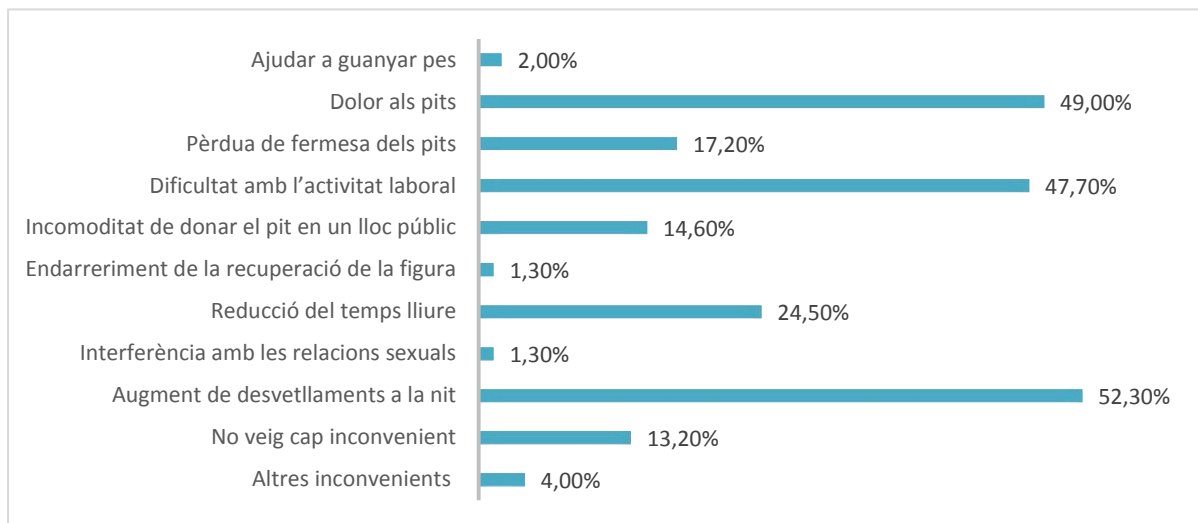


Figura 12. Percentatge dels 3 principals inconvenients de la LM per la mare del nadó que consideren els pares dels infants de l'estudi. Com a "Altres inconvenients" han respost: cansament físic, molta calor a l'estiu, aparició de mastitis i falta de temps per realitzar activitats bàsiques.

Els pares dels infants que han participat a l'estudi pensen que els 3 principals beneficis de la lactància materna pel seu fill/a són, en primer lloc l'ajut de crear un vincle amb la mare, aportant calidesa i seguretat al nadó, en segon lloc la protecció enfront a infeccions respiratòries, gastrointestinals, urinàries, otitis, etc. (augment de les defenses del nadó) i en tercer lloc la disminució del risc de patir malaltia celíaca, al·lèrgies, malaltia inflammatòria intestinal, etc. (Figura 13).

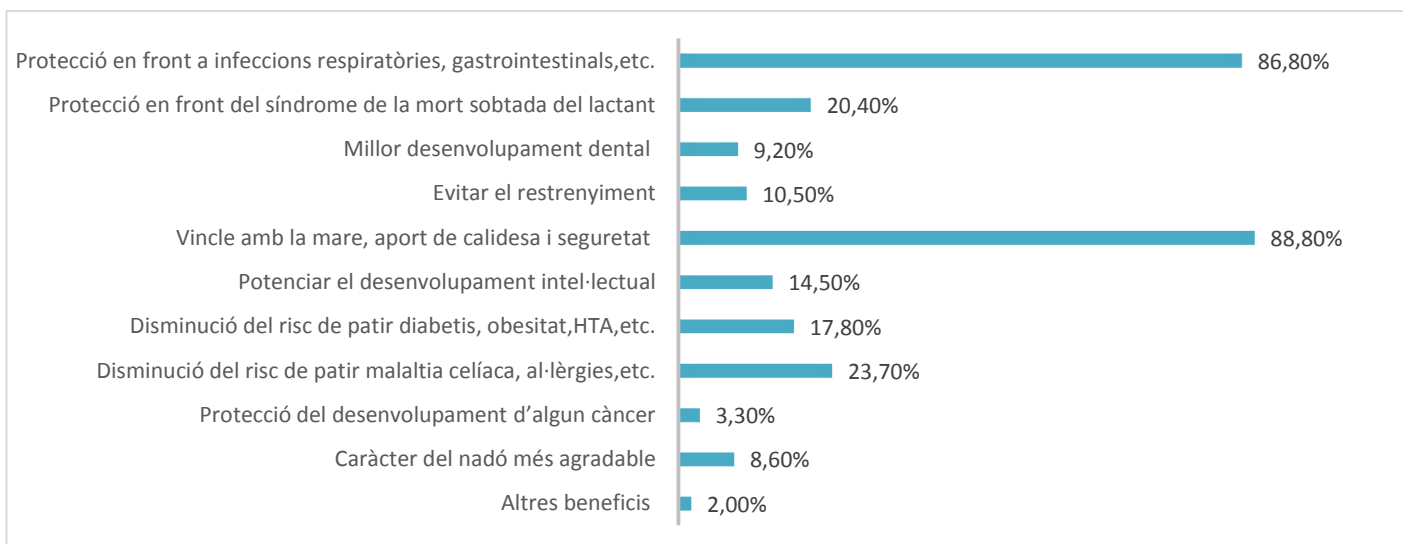


Figura 13. Percentatge dels 3 principals beneficis de la LM pel fill/a que consideren els pares dels infants de l'estudi. Sobre l'opció "Altres beneficis" consideren que la LM ajuda a calmar el nadó i a regular l'aliment en base el que l'infant necessita, i per altra banda, consideren que els beneficis també es poden garantir en la LA.

Respecte als 3 principals inconvenients de la lactància materna pel fill/a, la família dels infants que han respost l'enquesta consideren d'ordre a major a menor, l'augment de la freqüència de desvetllament durant la nit, un menor vincle amb el pare i el contagi de qualsevol malaltia de la mare (Figura 14).

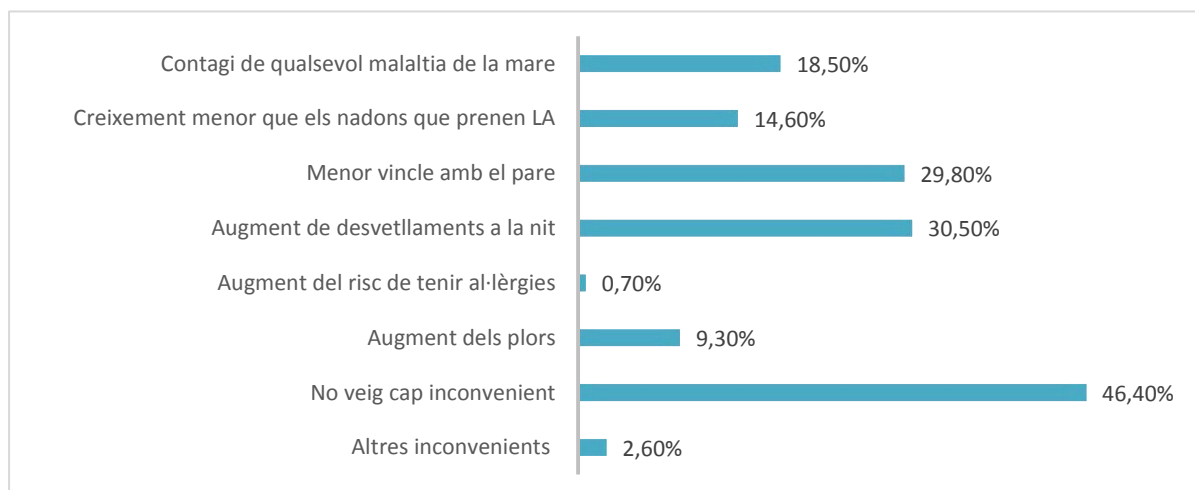


Figura 14. Percentatge dels 3 principals inconvenients de la LM pel fill/a que consideren els pares dels infants de l'estudi. En l'opció "Altres inconvenients" opinen la creació de dependència de la mare i la menor atenció a un altre fill/a.

Un 71,4% dels infants que han participat a l'estudi s'alimenten o s'han alimentat amb llet adaptada. La llet adaptada se'ls hi ha començat a oferir en una mitjana de 3,6 mesos (14,49 setmanes) i en un interval comprès entre la primera setmana de vida i els 9 mesos

(36 setmanes). Ha tingut una duració mitjana fins als 10,75 mesos (43,02 setmanes), sent com a màxim fins a l'any (48 setmanes).

Els pares que van optar per l'alletament matern al naixement, un 68,8% van oferir al seu fill/a llet adaptada els quals un 57,9% van continuar donant el pit després d'introduir la llet de fórmula.

Pel que fa als infants prematurs, van rebre llet adaptada un 66,7% de la mostra de no nascuts a terme dins dels quals un 57,2% la va iniciar a la primera setmana després del part.

El motiu o motius principals que va provocar als pares introduir la llet adaptada van ser diversos (Figura 15).

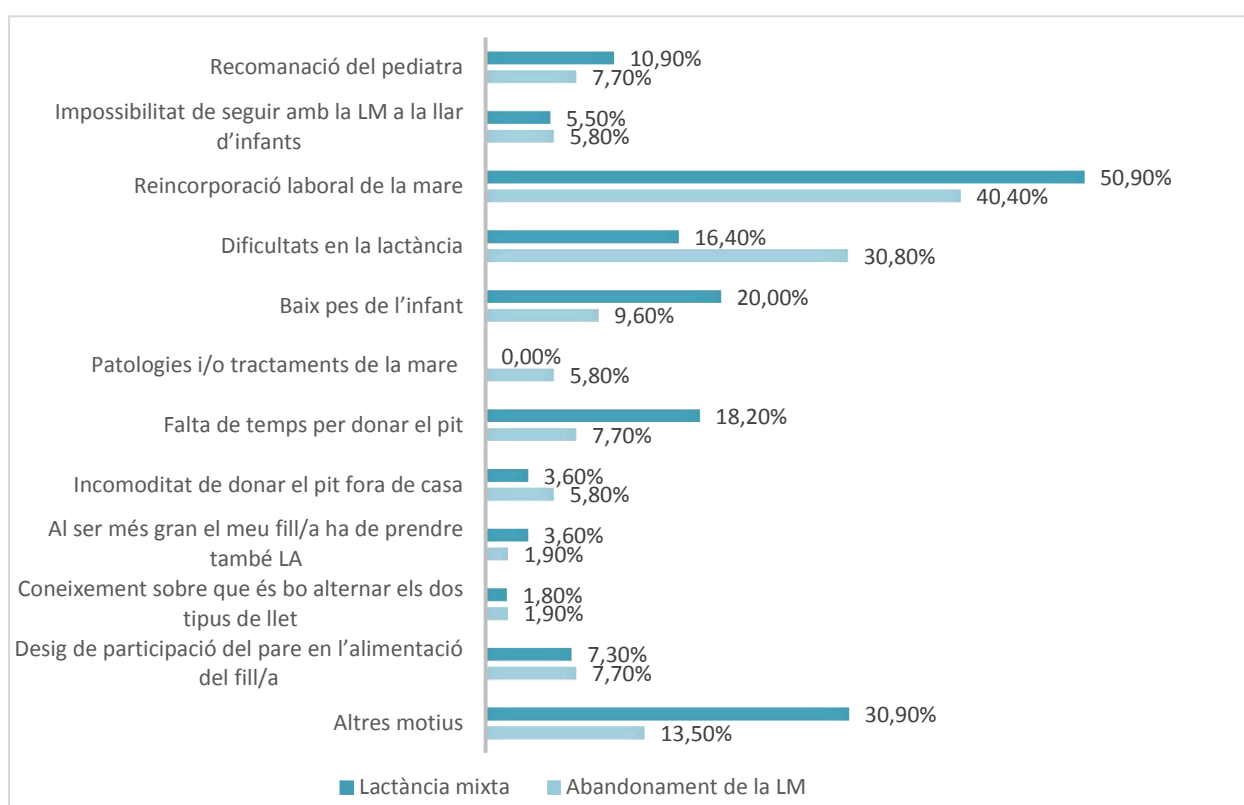


Figura 15. Percentatge de les motivacions principals pels quals els pares van oferir llet adaptada als seu fill/a, diferenciats en els pares que han seguit amb l'alletament matern i els que l'han abandonat o no l'han optat des de l'inici . Respecte a l'opció "Altres motius", és a causa principalment de la preparació de farinetes amb cereals i de rebuig del pit per part del fill/a.

El 72,7% dels familiars enquestats preparen o han preparat biberons, d'aquests el 90,2% pren mesures d'higiene en la seva preparació:

- El 19,8% únicament es renta o es rentava les mans abans de preparar els biberons.
- El 28,7% solament esterilitzava el biberó en cada preparació.
- El 51,5% realitzava ambdues mesures d'higiene abans de la preparació dels biberons.

Un 95,5% de les famílies utilitzen o van utilitzar aigua embotellada en la preparació dels biberons i tan sols un 4,5% la fan o feien servir de l'aixeta. A més a més, un 9,8% reutilitzen o han reutilitzat la llet sobrant del biberó.

Pel que fa a l'ús d'escalfabiberons, el 12,5% assenyalava que n'utilitza o n'utilitzava sobretot a la nit, el 9,8% de manera puntual i el 77,7% no en fa o en feia servir.

El 77,8% de les famílies afirma que oferia el pit o la llet adaptada a demanda al seu fill/a i el 22,2% ho feia amb horaris (cada 3-4 hores o altres). També, un 34,9% del total d'enquestats dona o donava aigua en el període de lactància exclusiva a l'infant.

Respecte a la suplementació del fill/a, un 55,2% no ha estat suplementat i un 46,7% pren o va prendre suplement de vitamines o minerals (Figura 16).

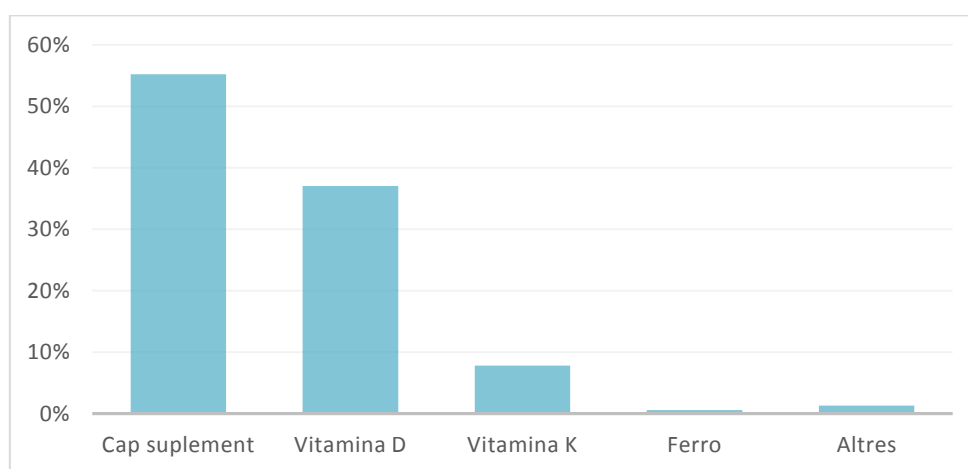


Figura 16. Tipus de suplement que rep o han rebut els infants. En l'opció "Altres", un cas és o ha estat suplementat amb vitamina B12.

El 33,1% del total dels pares no han donat o no volen donar mai el xumet al seu fill/a, en canvi un 66,9% sí que l'hi ha ofert o té pensat oferir-lo en algun moment. Dins d'aquest col·lectiu, la mitjana d'edat en què es va donar el xumet a l'infant és d'1,66 mesos (6,65 setmanes) i en un interval entre la primera setmana de vida i entre els tres anys (144 setmanes).

D'altra banda, el 45,7% d'infants s'han alimentat o segurament s'alimentaran de llet de creixement i el 54,3% de pares no els hi han donat o no tenen intenció de donar-los-hi.

La mitjana d'edat de la introducció de l'alimentació complementària és de 6,06 mesos (24,25 setmanes), amb valors que varien dels 2 mesos (8 setmanes) fins als 24 mesos (96 setmanes).

El 28,2% dels infants, se'ls va oferir l'alimentació complementària abans dels 6 mesos (Figura 17).

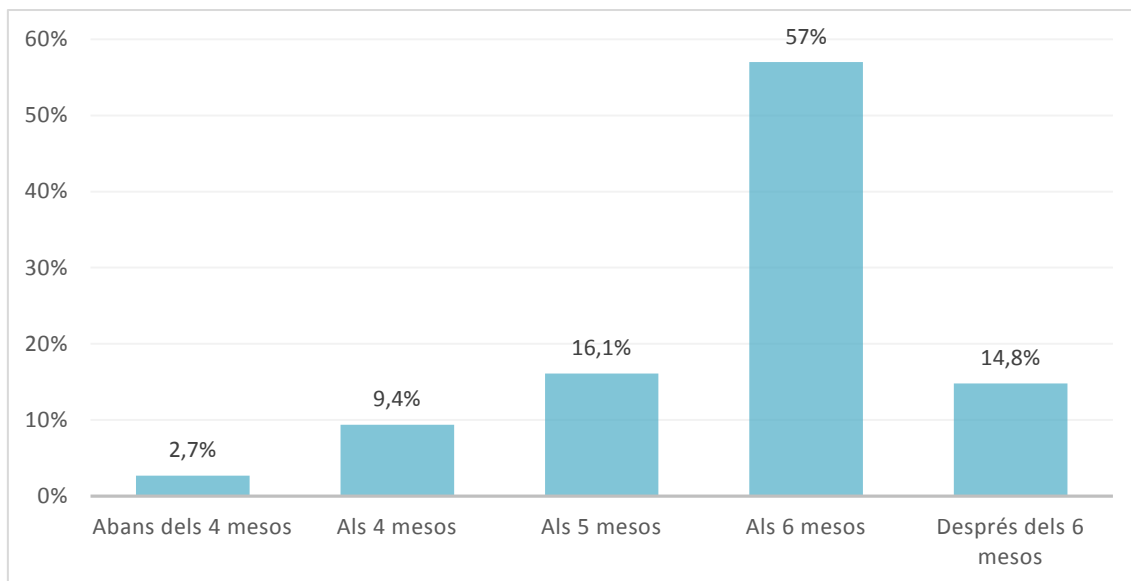


Figura 17. Edat d'inici de l'alimentació complementària (mesos).

Els familiars que han omplert el qüestionari, van escollir el tipus de lactància que oferirien al seu fill/a principalment per ells mateixos (73,4%), en segon lloc per la llevadora de l'hospital de referència (37%) i en tercer lloc pel pediatre (22,1%).

Comparant els infants que van rebre lactància materna i els que sempre han estat alimentats amb llet adaptada obtenim els següents resultats (Figura 18):

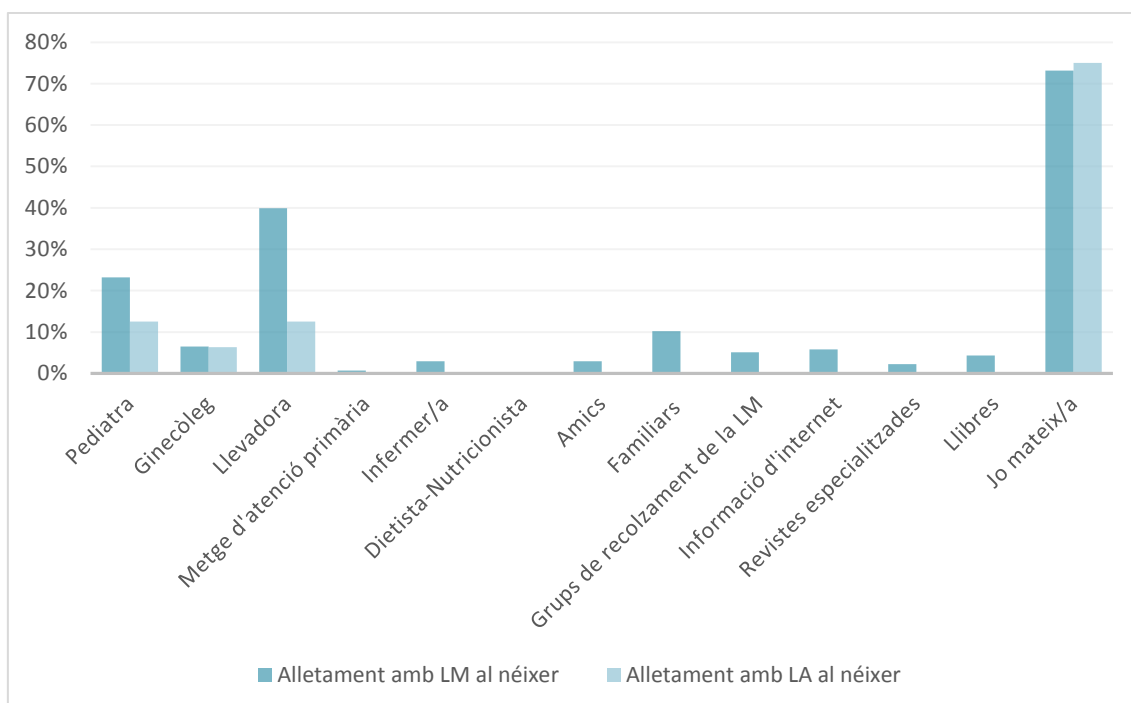


Figura 18. Percentatge de les 3 principals influències a l'hora d'escollir el tipus de lactància, diferenciant els infants alletats amb llet materna i amb llet de fórmula al néixer.

Els pares enquestats, en una escala de l'1 al 10, han valorat la sensació de recolzament dels professionals sanitaris durant el període de lactància amb una mitjana de 8,10 assenyalant valors des de l'1 al 10.

Respecte a la baixa maternal (més possibles excedències), va tenir una duració compresa entre 1 setmana a 18 mesos (72 setmanes) i una mitjana de 5,14 mesos (20,54 setmanes).

Un 13% de les mares fumen o fumaven durant el període de lactància. L'1,3% de mares afirmen que beuen o bevien alcohol durant la lactància, el 6,5% assenyalava que ho fa o ho feia ocasionalment i el 92,2% no pren o prenia cap beguda alcohòlica en aquest període vital.

Pel que fa a la suplementació de la mare, un 54,6% no va prendre cap suplement durant la lactància del seu fill/a i un 45,4% sí que en pren o en va prendre (Figura 19).

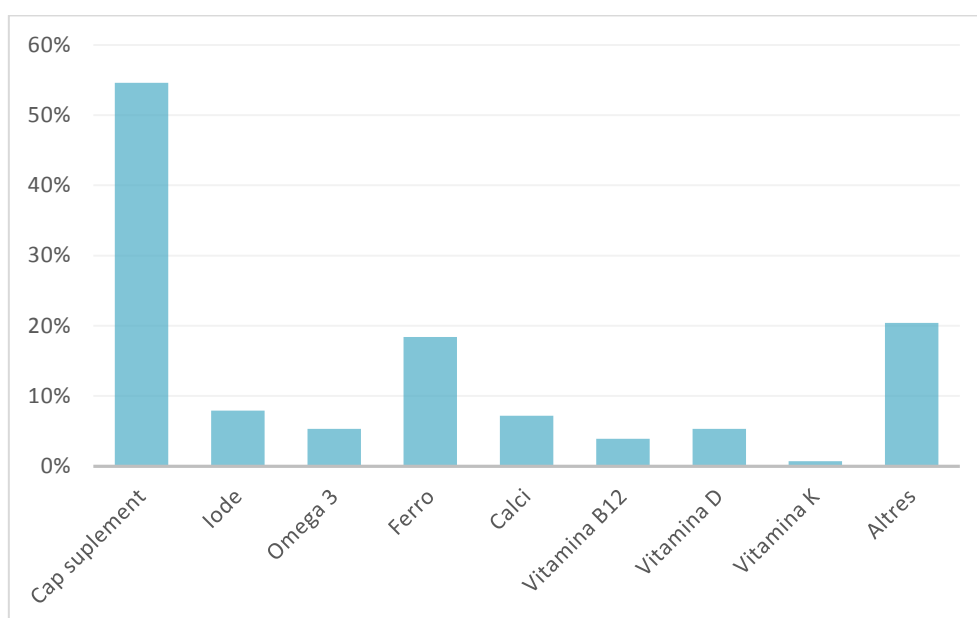


Figura 19. Tipus de suplement que pren o han pres les mares durant el període de lactància. En l'opció "Altres", 22 mares (14,18% del total) han optat per l'ús de multivitamínics.

El 97,3% de les mares segueix o seguien una alimentació basada en la dieta mediterrània durant el període de lactància, mentre que un 1,3% realitza o realitzava una dieta ovolactovegetariana, un 0,7% una dieta Halal i un 0,7% altres dietes, dins de la qual assenyalava la flexitariana.

Per acabar, el 6,7% dels enquestats afirmen que la mare de l'infant pren o prenia algun medicament, complement alimentari, herba o aliment especial per tal d'augmentar la producció de la llet, essent els caldos, sucs, infusions (fenoll, Cardo Mariano), panela amb llet o la civada perlada.

7. DISCUSSIÓ

Pel que fa a la participació en respondre el qüestionari ha estat satisfactòria, solament una única llar d'infants no supera el 50% de percentatge de resposta.

La mida de la mostra, encara que no és excessivament gran representa el 58,7% de famílies amb infants matriculats a les escoles bressol de l'Alt Urgell. A més a més, s'ha comptat amb la participació de famílies d'origen estranger (17,5%), principalment de Colòmbia, Romania, Portugal i Andorra.

La majoria dels qüestionaris han estat contestats per la mare degut a la implicació directa en el període de lactància.

El contacte pell amb pell és la millor manera d'iniciar la lactància materna (3). L'OMS conclou en un estudi científic (21) que el contacte precoç (abans d'una hora després del part) augmenta la prevalença de la lactància materna però no determina la duració exacta recomanada. La gran majoria de la mostra d'estudi ha mantingut contacte pell amb pell en la primera hora després del naixement.

En la mostra d'estudi, un 81,2% dels nadons van rebre lactància materna en menys d'una hora després del part. Aquest valor és més elevat que els obtinguts a altres estudis realitzats al Sud d'Espanya (75,53%), a Galícia (70%), a Andalusia (61,8%) i a la Comunitat Valenciana (69,8%) i que l'estudi de l'OMS (43%) (48,49,50).

El percentatge d'infants que inicia la lactància materna a la primera hora de vida té molta importància ja que està extensament comprovat que l'inici precoç de l'alletament ajuda a establir la lactància materna exclusiva i es relaciona amb una major duració (51).

En l'estudi realitzat, gairebé un 90% dels infants han pogut rebre lactància materna. Aquesta xifra és realment elevada, no obstant, l'ambició dels professionals sanitaris és aconseguir el cent per cent, exceptuant els casos no indicats mèdicament. En un estudi que es va realitzar l'any 2012 a parteres de l'Hospital de La Seu d'Urgell es va aconseguir un 96% d'oferiment de lactància materna a l'alta (52).

Referent als infants prematurs, només un 60% aproximadament d'ells van rebre llet materna al néixer i van poder rebre alletament matern en menys d'una hora després del part. Probablement la causa d'aquest fet radica en la necessitat de proporcionar una alimentació immediata amb llets adaptades, degut al baix pes que presentava l'infant.

Els 3 principals motius pels quals els pares de l'infant van decidir optar per l'alletament matern al néixer són en primer lloc degut als beneficis que li aporta al nen (94,9%), seguit de creure que és la millor forma d'alimentar el seu fill/a (59,4%) i en tercera posició amb motiu de la creació d'un moment íntim amb el fill/a (49,3%). Aquests resultats concorden amb un estudi observacional transversal sobre les motivacions i obstacles percebuts per les dones espanyoles en relació a la lactància materna on van participar dones de totes les comunitats autònomes d'Espanya (53).

Pel que fa al manteniment de la lactància materna, solament els infants d'origen estranger i els infants prematurs l'han mantingut fins a l'any de vida.

En l'estudi, tant els infants procedents de famílies d'origen nacional o estranger com els infants prematurs no han arribat a rebre lactància materna exclusiva fins als 6 mesos. L'OMS recomana alletar al nadó fins als sis mesos de manera exclusiva i, com a mínim, fins a l'any d'edat de vida i fins que la mare i l'infant ho desitgin (48,54).

En la mostra estudiada un 32,8% dels infants han rebut lactància materna exclusiva abans dels 4 mesos, un 23,4% entre els 4 i 6 mesos i un 37,8% fins als 6 mesos. En un estudi realitzat per l'OMS a nivell europeu, s'observen resultats similars pel que fa a l'aportació de lactància materna exclusiva abans dels 4 mesos (33%) i entre els 4 i els 6 mesos (23%) però, als 6 mesos és menor (13%) (48).

Pel que fa a les dades obtingudes d'Espanya, són lleugerament més elevades que la majoria de la resta dels estats membres de la UE obtenint un 28,5% dels nens alletats fins als 6 mesos exclusivament. Per altra banda, solament un 28% dels nens de la regió europea van rebre lactància materna fins a l'any de vida (48).

En l'estudi realitzat a les llars d'infants de l'Alt Urgell, obtenim resultats més elevats que els esmentats anteriorment, essent un 46% els nens que han rebut lactància materna exclusiva fins als 6 mesos i un 39,7% els que l'han rebut fins a l'edat d'un any. Tot i que s'obtenen taxes més elevades que en l'estudi de l'OMS, més de la meitat abandona la lactància materna abans d'arribar a l'any d'edat de l'infant.

Referent als motius d'abandonament de la lactància materna, en el present estudi destaca en primer lloc la reincorporació al món laboral de la mare seguit d'una menor producció de llet i l'inici de l'alimentació complementària, resultats semblants també obtinguts en altres treballs (53)(55).

A l'any 2013, un estudi suggereix que el recolzament individualitzat dels professionals sanitaris no és suficient per assegurar que les mares aconseguixen la duració de lactància desitjada, sinó que s'ha de combinar amb el suport del lloc de treball envers la lactància materna (56).

La reincorporació al treball, doncs, és un motiu crucial pel qual no tothom segueix les recomanacions establertes al període de lactància. Un 57,4% dels infants reben llets adaptades degut a la incorporació laboral de la mare, que comptant la baixa materna més possibles excedències s'inicia als 5,14 mesos.

Per tant, si les mares es reincorporen al treball abans dels 6 mesos els infants s'haurien d'alimentar amb llet materna exclusivament. Solament un 10% dels pares segueixen aquestes recomanacions.

El fet que un 36,8% de les famílies optessin per la lactància materna al néixer és degut a dificultats trobades en anteriors ocasions tot i conèixer els seus beneficis.

D'entre els beneficis que comporta l'alletament matern, les famílies consideren principalment el benefici emocional tant per la mare com pel fill coincidint amb l'estudi de l'any 2016 a Espanya (53). No obstant, la reducció del càncer de mama i d'ovari com a benefici per la mare és àmpliament conegut i valorat pels enquestats.

També, es considera com a segon principal benefici pel fill la protecció enfront d'infeccions respiratòries, gastrointestinals, etc., podent observar una gran diferència respecte altres beneficis referents a patologies que es poden desenvolupar en l'edat adulta. Aquest fet indica que els pares valoren més els beneficis a curt termini de la lactància materna que a llarg termini.

Per altra banda, un 86,8% dels enquestats consideren que hi ha un o més d'un inconvenient de l'alletament per la mare. L'augment de desvetllaments durant la nit ocupa el primer lloc. Tot i que els nadons i les mares que alleten es desperten més vegades, els períodes de desvetllaments tenen una duració més gran en els infants que reben lactància artificial (53).

En segon lloc, un 49% de mares tenen dolor als pits i ho troben un inconvenient de la lactància materna, però només va ser motiu d'abandonament en un 9,9% de famílies.

En l'estudi present, un 14,6% de mares van assenyalar la incomoditat de donar el pit a un lloc públic com a inconvenient de l'alletament mentre que en l'estudi realitzat a dones espanyoles es va obtenir una resposta major (38,9%) (53).

Més de la meitat de les famílies pensen que la lactància materna té inconvenients pel seu fill. Així, un 18,5% de pares creuen que qualsevol malaltia de la mare pot contagiar el seu fill/a a través de la llet materna. Hi ha nombrosos estudis que confirmen que en la majoria dels casos ni la malaltia que tingui la mare ni el seu tractament perjudicaran el nadó (39). El risc de transmissió de la malaltia que pateix la mare al seu fill mitjançant l'alletament és nul o baix en alguns casos, com ara l'hepatitis A, B o C. Per contra, en el cas de mares amb VIH sí que hi ha risc de transmissió de la malaltia i l'opció d'alimentació del fill dependrà de la situació individual (3,57).

Els enquestats consideren com a aspecte negatiu de la lactància materna la creació d'un menor vincle amb el pare en comparació amb el de la mare i tornen a opinar, que l'augment de desvetllaments a la nit n'és un inconvenient pel fill.

La majoria d'infants que han participat en l'estudi han rebut llet adaptada i el seu inici ha sigut considerablement aviat (3,6 mesos) degut principalment per la reincorporació laboral de la mare. Altres motius rellevants d'elecció de llets artificials van ser deguts a dificultats en la lactància i a problemes mèdics del nadó o de la mare.

Comparant els motius d'elecció de la lactància artificial dels pares que van realitzar lactància mixta (57,9%) amb els que van abandonar la lactància materna o des d'un inici no la van optar es pot extreure:

- Un 14,4% més de mares van abandonar la lactància materna degut a dificultats amb aquesta.
- Un 10,5% més, aproximadament, de famílies van haver de dur a terme lactància mixta degut a la reincorporació de la mare al treball, degut al baix pes de l'infant i la falta de temps per donar el pit.
- Un 17,4% més d'infants van rebre lactància mixta a causa d'altres motius, predominant la preparació de farinetes amb cereals i el rebuig del pit.

Un dels resultats més desconcertants és la reincorporació laboral com a motiu d'abandonament precoç de la lactància materna o bé la introducció de la lactància mixta. La dona lactant està protegida sota la llei (Annex 6), no obstant els resultats expressen clarament que la seva incorporació al treball disminueix la taxa de lactància materna. Això, indica que, possiblement, la legislació no és del tot adequada i les empreses no proporcionen programes suficients que recolzin i ajudin a les mares en el període d'alletament.

De manera paral·lela, un altre punt important és la recomanació del pediatre d'introduir les llets adaptades (18,6%). Estan àmpliament demostrats els perjudicis i riscos de la lactància artificial sobre els infants i les mares (16,17), per tant, és necessari que des dels equips de pediatria es transmetin i es promogui la lactància materna exclusiva durant 6 mesos i com a mínim, no abandonar-la fins als 12 mesos. Les llets adaptades només s'han de recomanar en els casos que siguin mèdicament acceptables i el pediatre hauria de rebutjar qualsevol tipus de publicitat en relació a les fórmules infantils (58).

Les famílies que han optat per les llets adaptades és molt important que duguin a terme certes mesures higièniques en la preparació dels biberons correctament, destacant el rentat de mans. Un 71,3% de la mostra estudiada ho porta a terme, fet que sembla demostrar que la població d'estudi comprèn que les mans són un dels principals vehicles de transmissió de microorganismes patògens i que és necessari prendre aquesta mesura abans de la preparació de biberons.

El 80,2% dels enquestats esterilitzen el biberó com a mesura higiènica, tot i que les recomanacions indiquen que no és necessària.

En l'estudi, molt poques famílies reutilitzen la llet sobrant del biberó i la majoria preparen el biberó al moment de la presa ja que s'observa un baix ús d'escalfabiberons. Això és positiu perquè el manteniment de la llet tèbia, usualment a la nit, afavoreix el creixement de microorganismes patògens (34).

Quasi tota la mostra estudiada va utilitzar aigua embotellada per la preparació dels biberons quan la de l'aixeta no està contraindicada, al contrari, ja que passa per controls que garanteixen que sigui apta i saludable per al consum. A part, és més econòmica que

l'embotellada, no implica l'ús d'envasos per la seva distribució i suposo menys despesa energètica (59).

Des de fa anys, les associacions i institucions recomanen alletar o donar el biberó a demanda (16). La majoria dels enquestats afirmen realitzar-ho així en comptes d'establir horaris (cada 3-4 hores o altres). D'aquesta manera, es regula la producció de llet segons les necessitats del nadó, es pot assegurar la ingesta de llet de l'inici i del final de la presa (la composició de la qual és diferent) i s'obté un bon buidament del pit (24). Així doncs, estan permetent a l'infant escollir la quantitat de llet que pren en cada presa, el temps entre una presa i l'altra i el fet d'alimentar-se d'un pit o dels dos (60).

Un altre aspecte molt important per mantenir la lactància materna exclusiva és no oferir aigua al lactant en aquest període, en aquest sentit en l'estudi s'ha obtingut una xifra de 34,9% de pares que n'ofereixen. Tot i que les necessitats d'aigua del nadó són més elevades que les d'un adult, no significa que se li hagi d'oferir aigua o qualsevol altre líquid ja que gràcies a la llet materna o adaptada es cobreix aquesta necessitat (16).

Més de la meitat dels infants que han participat a l'estudi utilitzen o han utilitzat xumet. Tot i que hi ha molta polèmica sobre el seu ús, el Comitè de Lactància Materna de l'Associació Espanyola de Pediatria recomana evitar-lo durant les primeres setmanes de vida, i en el cas que es vulgui oferir s'aconsella quan la lactància està ben establerta (27). Els pares que els hi han donat als seus fills ho han fet en una mitjana d'1,66 mesos, cosa que habitualment a partir d'aquesta edat ja hi ha hagut una bona adherència de l'alletament.

Referent a la suplementació de l'infant, aproximadament la meitat han rebut suplementes de vitamines o minerals. El més predominant ha sigut la suplementació amb vitamina D (37% de la mostra). Aquesta acció és adequada ja que solament amb la vitamina D continguda en la llet materna no es cobreixen els requeriments del nadó durant la lactància materna exclusiva. Hi ha risc de dèficit de vitamina D en aquells infants que no reben suficient exposició solar i/o quan el contingut de vitamina D de la mare és baix (32). En l'hospital de La Seu d'Urgell els pediatres recomanen la suplementació de vitamina D a tots els infants, ajustant la dosi en cada cas. Els resultats obtinguts, possiblement indiquen una mala adherència dels pares en oferir aquest suplement bé deguda als incompliments de la dosificació o a la creença de què no és necessari.

Un 7,8% dels infants que van participar a l'estudi van rebre suplementació de vitamina K. La profilaxi d'administració d'aquesta vitamina per via intramuscular al néixer es duu a terme en diversos països, entre ells l'Estat Espanyol. L'objectiu d'aquesta pràctica és prevenir la malaltia hemorràgica del lactant.

A l'hospital de la Seu d'Urgell es realitza aquesta profilaxi de forma protocol·litzada a tots els nadons al néixer en excepció de les famílies que ho rebutgin. Només en aquest cas se'ls ofereix la seva suplementació oral.

La xifra obtinguda en aquest estudi atorga divergència a la realitat ja que a tota la mostra se'ls hi ha administrat vitamina K, tant en forma intramuscular com oral. Això pot ser degut, per una banda a causa de confusió amb la pregunta i/o comprensió d'aquesta referint-se només amb la suplementació oral de vitamina K. Per altra banda, pot ser degut al fet que els pares no han estat conscients de la pràctica d'administració intramuscular de vitamina K al nounat poc després del naixement o bé no ho recordin.

La suplementació dels nadons amb ferro només està indicada en prematurs. En el nostre estudi només un infant prematur va estar suplementat amb ferro dels 12 possibles candidats a rebre la suplementació.

Un infant de l'estudi ha rebut o rep suplement de vitamina B12. Aquesta vitamina està indicada suplementar-la en nens vegetarians una vegada han abandonat la lactància materna (16).

Gairebé la meitat de la mostra enquestada ha donat al seu fill/a llet de creixement. No està recomanat oferir les anomenades llets de creixement a cap infant. En comptes d'aquestes s'ha d'oferir, si es desitja, llet de vaca a partir de l'any de vida (16). Aquest fet indica que, per una banda els pares no reben suficient informació sobre aquest tipus de llets comercialitzades ja sigui per professionals sanitaris com per familiars, amics o altres referències i per altra banda, són influenciats per la publicitat que s'emet sobre aquests productes.

En un Treball Final de Grau sobre l'alimentació d'infants menors de tres anys de les escoles bressol municipals de Lleida dut a terme l'any 2017, un 50,7% dels infants van iniciar l'alimentació complementària abans dels 6 mesos, predominant la introducció als 4 mesos (61). En l'estudi realitzat a l'Alt Urgell s'ha obtingut una xifra molt menor (28,2%) i ha predominat l'oferiment de nous aliments als 6 mesos mentre que als 4 mesos molt poca quantitat de famílies ho ha realitzat.

Així doncs, seguint les recomanacions d'inici de l'alimentació complementària la majoria dels infants que han participat a l'estudi (71,8%) se'ls hi ha ofert aliments diferents de la llet materna o artificial als 6 mesos o després.

Els pares, al ser preguntats sobre qui havia tingut una major influència en la seva decisió del tipus de lactància (escollint com a màxim fins a 3 opcions) majoritàriament van ser ells mateixos, tal com en l'estudi que es va realitzar a dones espanyoles (53). No obstant, la llevadora de l'hospital de referència i el pediatre han sigut una gran influència en aquesta decisió, obtenint un resultat notablement major que en l'estudi anomenat anteriorment.

A més a més, gràcies a la figura de la llevadora un 27,4% més de famílies van decidir optar per la lactància materna en comptes de la lactància artificial i un 10,7% més gràcies als pediatres. Tot i que l'hospital de La Seu d'Urgell no compta amb l'acreditació iHan, es veu reflectit l'interès i la preocupació dels professionals sanitaris per millorar la taxa de lactància materna.

Un aspecte que crida l'atenció, és el fet que el dietista-nutricionista no hagi estat referenciat per cap usuari a l'hora de decidir quin tipus de lactància escollir. Això significa que hi ha una mancança d'aquesta figura tant en l'hospital de La Seu d'Urgell com a nivell comarcal i/o que la seva pràctica no és suficient en aquest àmbit de la dietètica i la nutrició.

Respecte a la sensació de recolzament dels professionals sanitaris durant el període de lactància, s'ha obtingut una xifra considerablement alta. Nombroses investigacions han demostrat que les mares i pares necessiten recolzament actiu per iniciar i mantenir la lactància materna (8). A més, són necessaris com a referents els professionals sanitaris per tal de solucionar qualsevol problema que pugui tenir amb la lactància materna. Així doncs, la majoria dels pares s'han sentit acompanyats en aquesta etapa pels professionals sanitaris, fet que aporta una gran satisfacció per aquests.

La major part de mares assenyalen que no prenen o prenen cap beguda alcohòlica, només un 7,8% en total afirmen que beuen alcohol durant la lactància. Tot i així, hi ha un risc mínim que l'alcohol afecti al nadó a través de la lactància (9).

En el cas contrari, sí que és alarmant que la mare o gent del seu entorn fumi i en aquest estudi s'ha obtingut un valor més elevat de les mares que fumen (13%) que les que beuen alcohol.

Els fills de pares que fumen pateixen més problemes respiratoris (bronquitis, pneumònies), otitis i tenen més risc de patir la mort sobtada del lactant. El nadó rep nicotina a través de la llet, però, això és el menys important ja que el càncer, la bronquitis i l'emfisema no són causats per la nicotina, sinó pel quitrà i altres components del fum. Així doncs, el perill pel lactant no és la llet sinó el fum (39).

Gairebé totes les mares dels infants de l'estudi segueixen o segueixen una alimentació basada en la dieta mediterrània durant la lactància del seu fill o filla, solament un 2,7% de les mares realitzaven una dieta diferent (ovolactovegetariana, Halal i flexitariana). Aquests tipus de dietes, si es realitzen correctament, no necessiten suplementació de cap vitamina ni mineral.

En l'estudi realitzat a les escoles bressol de l'Alt Urgell, un 45,4% de mares prenen o prenen un suplement durant la lactància del seu fill o filla.

El suplement més utilitzat és el ferro (18,4%) seguit de multivitamínics especials (14,18%) que contenen principalment iode, ferro, omega-3, vitamines del grup B (inclòs l'àcid fòlic), vitamina D, calci i vitamina K.

Les mares lactants sanes només necessiten prendre suplement de iode, per tant, l'ús de multivitamínics en la població general lactant no és necessari (9).

La suplementació de ferro en aquesta etapa només està indicada en cas d'anèmia ja que hi ha una disminució considerable dels requeriments (39) i en l'estudi un 32,58% de mares prenen aquest suplement (incloent-hi les que prenen multivitamínics).

Com s'ha dit anteriorment, sí que és recomanable la suplementació de iode en el període de lactància ja que les necessitats d'aquest mineral s'incrementen. Està indicat sobretot en aquelles dones que no prenguin 3 racions de llet o derivats làctics no ecològics més 2 grams de sal iodada (9,39).

Al contrari de les recomanacions, només un 22,08% de mares prenen o prenen iode en el període de lactància (sol o inclòs en els multivitamínics).

Referent a la suplementació amb calci, només està indicat en aquelles persones que tenen dèficit diagnosticat. En l'estudi un 17,73% de mares prenen o prenen aquest suplement (incloses les que prenen multivitamínics). El mateix passa amb la vitamina D, i es continua obtenint una taxa al voltant del 20% (incloent-hi les que prenen multivitamínics).

La vitamina B12 està indicada en persones que realitzen una dieta vegetariana. En aquest estudi, un 18,08% de mares es suplementen amb aquesta vitamina i només un 2% realment necessita la suplementació d'aquesta vitamina hidrosoluble.

Sobre la vitamina K, solament està indicada en mares lactants que s'estan tractant amb fenobarbital, carbamazepina i fenitoïna o bé aquelles en què al seu fill no se li ha administrat vitamina K intramuscular. En la mostra estudiada, un 4,35% de mares es suplementen o s'han suplementat amb aquesta vitamina (incloses les que han pres multivitamínics).

Pel que fa a l'omega-3 no hi ha evidència científica de la seva utilitat en mares lactants, per tant no cal que prenguin suplement amb aquesta substància i un 19,48% de les mares l'han pres en el període de lactància (incloses les que prenen multivitamínics).

Entorn el 7% de la mostra estudiada ha utilitzat algun medicament, planta medicinal, complement alimentari o aliment especial per tal d'augmentar la seva producció de llet. No és necessari ni existeix cap producte amb efecte galactagòg indicat en el període d'alletament (39). Els medicaments galactagògs s'han d'utilitzar com a última opció (26). La millor acció per augmentar la producció de llet és oferir el pit al nadó.

8. CONCLUSIONS

1. Els resultats obtinguts en aquest estudi han permès conèixer el tipus de lactància que reben o han rebut els infants de 0 a 3 anys que acudeixen a les llars d'infants de la comarca de l'Alt Urgell.
 - El mètode d'alimentació d'elecció al naixement és la lactància materna, que és exclusiva fins als 6 mesos en la majoria dels casos estudiats. Tot i així, no hi ha hagut adherència fins a l'any de vida.
 - Predomina l'oferiment de llets adaptades, iniciant-se considerablement aviat i continuant amb la lactància materna. S'observa una elevada ingesta de llets de creixement a partir de l'any, fet que seria convenient corregir amb una bona informació a les famílies.
 - L'oferiment de la llet materna i l'adaptada es realitza correctament, majoritàriament, a demanda.
2. S'han pogut recollir les preferències d'elecció del tipus de lactància per les famílies i els avantatges i inconvenients principals.
 - Els pares dels infants han optat per la lactància materna principalment pels beneficis que aporta al fill. Els que han optat per la lactància artificial al néixer ha estat degut a dificultats anteriors amb la lactància materna.
 - Les famílies consideren el benefici emocional que comporta l'alimentació amb llet materna tant pel fill com per la mare.
 - Pel que fa als inconvenients d'alletar, predomina el dolor als pits, el desvetllament durant la nit i el menor vincle amb el pare.
 - El principal motiu d'abandonament de la lactància materna i de la introducció de llet adaptada és la reincorporació de la mare al treball.
3. No es compleixen totes les recomanacions establertes per organismes sanitaris sobre lactància.
 - No tots els nens gaudeixen de lactància materna exclusiva fins als 6 mesos.
 - Pocs infants han pogut rebre llet materna fins a l'any.
 - Hi ha una alta taxa de nadons que se'ls hi ha ofert llet adaptada i llet de creixement.
 - Es continua oferint aigua al lactant durant el període de lactància exclusiva.
 - La suplementació infantil no segueix les recomanacions.

4. Pel que fa a altres aspectes que poden influenciar en l'alimentació del lactant s'ha pogut identificar la presència dels professionals sanitaris com a punt clau en aquesta etapa de la vida tant per l'infant com per la mare lactant.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud [Internet]. Suiza; 2004. Disponible a: https://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf
2. OMS. Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños [Internet]. 2010. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44422/9789243500218_spa.pdf;jsessionid=A31626456765C35A3643DF13432D3900?sequence=1
3. OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño - Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. Suiza; 2010. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944_spa.pdf?sequence=1
4. OMS | Nutrición del lactante. WHO [Internet]. 2016; Disponible a: https://www.who.int/topics/infant_nutrition/es/
5. Galiano Segovia MJ, Moreno Villares JM. El desayuno en la infancia: más que una buena costumbre [Internet]. Vol. 68, Acta Pediatr Esp. 2010 [citad 4 juny 2019]. Disponible a: <https://www.ecestaticos.com/file/28861385342ea2e02c14a3f50f25c5cf/1504525589-acta-pediatrica-el-desayuno-en-la-infancia-mas-que-una-buena-costumbre-2010.pdf>
6. Villaizán Pérez C, Royo Bordonada MÁ. Alimentació i nutrició en la infància.
7. OMS, UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño [Internet]. Suiza; 2003. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. OMS. Lactancia materna exclusiva. WHO [Internet]. 2013; Disponible a: https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/es/
9. Basulto J. Mamá come sano. Primera. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial,S.A.U.; 2015.
10. Pediatrics AA of. Breastfeeding and the Use of Human Milk. Pediatrics [Internet]. 2012;129(2):e827-841. Disponible a: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552
11. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Promoción de la lactancia materna [Internet]. 2006. Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/4-promocion_de_lactancia_previnfad.pdf

12. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre lactancia materna [Internet]. 2012. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/201202-recomendaciones-lactancia-materna.pdf>
13. Asociación Española de Pediatría. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica. Editorial Médica Panamericana,S.A.; 2008.
14. OMS | Lactancia materna. WHO [Internet]. 2017; Disponible a: <https://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
15. OMS. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
16. Basulto J. Se me hace bola. Cuarta edi. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial,S.A.U.; 2013.
17. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna, el mejor inicio para ambos [Internet]. 2017. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201701-lactancia-materna-mejor-ambos.pdf>
18. Shellhorn C, Valdés V. La Leche Humana, Composición, Beneficios y Comparación con la Leche de Vaca [Internet]. Chile; Disponible a: <http://www.unicef.cl/lactancia/docs/mod01/Mod 1beneficios manual.pdf>
19. Babio Sánchez N. Període de lactància exclusiva.
20. Maldonado Lozano J, Gil Campos M, Lara Villoslada F. Nutrición del lactante. En: Tratado de Nutrición Nutrición Humana en el estado de salud. 3ª. Editorial Médica Panamericana,S.A.; 2017. p. 321-38.
21. Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural [Internet]. Ginebra; 1998. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67858/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?sequence=1
22. iHan | Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [Internet]. Disponible a: <https://www.ihan.es/>
23. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del Comité de Lactancia de la AEP. An Pediatría [Internet]. 2005;63(4):340-56. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1695403305702058>
24. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia Materna a Demanda. Recomendaciones [Internet]. 2013. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201301-lactancia-materna-demanda.pdf>

25. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* [Internet]. 1 setembre 2003;112(3 Pt 1):607-19. Disponible a: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.112.3.607>
26. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. 2012; Disponible a: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>.
27. Asociación Española de Pediatría. Uso del chupete y lactancia materna. *Aep* [Internet]. 2011; Disponible a: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/documentos/uso-chupete-y-lactancia-materna>
28. Baddock SA, Purnell MT, Blair PS, Pease A, Elder D, Galland BC. The influence of bed-sharing on infant physiology, breastfeeding and behaviour: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. 2019.
29. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, Thukral A, Agarwal R, Paul VK. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. *J Perinatol* [Internet]. 2016;36:29-34. Disponible a: www.clinicaltrials.gov
30. Ardell S, Offringa M, Ovelman C, Soll R. Prophylactic vitamin K for the prevention of vitamin K deficiency bleeding in preterm neonates (Review). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018; Disponible a: www.cochranelibrary.com
31. Ng E, Loewy AD. Guidelines for vitamin K prophylaxis in newborns. *Paediatr Child Health* [Internet]. 16 agost 2018;23(6):394-7. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30919833>
32. Butte N, Lopez-Alarcon M, Garza C. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for term infant during the first six months of life [Internet]. Geneva; 2002. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42519/9241562110.pdf;jsessionid=5B709C94D7B4D82A4423877FF205A1B2?sequence=1>
33. Koletzko B, Baker S, Cleghorn G, Fagundes N, et al. Global Standard for the Composition of Infant Formula: Recommendations of an ESPGHAN Coordinated International Expert Group. *Nov* [Internet]. 2005;41(5):584-99. Disponible a: https://journals.lww.com/jpgn/fulltext/2005/11000/Global_Standard_for_the_Composition_of_Infant.6.aspx#pdf-link
34. Manera M, Salvador G. Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys) [Internet]. Barcelona; 2016. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_inf/recomanacions_0_3/0_3_guia_recomanacions/guia_recomanacions_alimentacio_primera_infancia.pdf
35. Agostoni C, Axelsson I, Goulet O, Koletzko B, Michaelsen KF, Puntis JWL, et al. Preparation and Handling of Powdered Infant Formula: A Commentary by the

ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004;39(4):320-2.

36. Moreno Villares JM, Galiano Segovia MJ, Dalmau Serra J. Preparación y manejo de las fórmulas infantiles en polvo. Reflexiones en torno a las recomendaciones del Comité de Nutrición de la ESPGHAN. Acta Pediatr Esp. 2005;63(7):279-82.
37. European Comission, Karolinska Institutet, Institute for Child Health IRCCS Burlo Garofolo, Unit for Health Services Research and International Health - WHO Collaborating Center for Maternal and Child Health. Infant and young child feeding: standard recommendations for the European Union [Internet]. 2006. Disponible a: http://www.burlo.trieste.it/old_site/Burlo_English_version/Activities/research_develop.htm
38. Basulto J. Alimentació complementària.
39. González C. Un regalo para toda la vida - Guía de la lactancia materna. Ediciones. Barcelona: Editorial Planeta, S.A.; 2009.
40. Bravi F, Wiens F, Decarli A, Dal A, Agostoni C, Ferraroni M. Impact of maternal nutrition on breast-milk composition: a systematic review. Am J Clin Nutr [Internet]. 2016; Disponible a: www.ncbi.nlm.nih.gov/
41. Donnay S, Arena J, Lucas A, Velasco I, Ares S. Suplementación con yodo durante el embarazo y la lactancia. Toma de posición del Grupo de Trabajo de Trastornos relacionados con la Deficiencia de Yodo y Disfunción Tiroidea de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Endocrinol y Nutr [Internet]. 2013; Disponible a: https://www.aeped.es/sites/default/files/articulo_yodo_tdy.pdf
42. Cai C, Granger M, Eck P, Friel J. Effect of Daily Iron Supplementation in Healthy Exclusively Breastfed Infants: A Systematic Review with Meta-Analysis. Breastfeed Med [Internet]. 2017;12(10):597-603. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28956624>
43. Delgado-Noguera MF, Calvache JA, Bonfill Cosp X, M.F. D-N, J.A. C, X BC. Supplementation with long chain polyunsaturated fatty acids (LCPUFA) to breastfeeding mothers for improving child growth and development. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2010;12(12):CD007901. Disponible a: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007901.pub3/full>
44. Asociación para la Promoción e Investigación científica y cultural de la Lactancia Materna. e-lactancia: ¿Es compatible con la lactancia? [Internet]. Disponible a: <http://www.e-lactancia.org/>
45. National Institutes of Health, Health & Human Services. Drugs and Lactation Database (LactMed) [Internet]. Disponible a: <https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>
46. Budzynska K, Gardner ZE, Dugoua J-J, Low Dog T, Gardiner P. Systematic Review of Breastfeeding and Herbs. Disponible a:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523241/pdf/bfm.2011.0122.pdf>

47. Little RE, Northstone K, Golding J. Alcohol, Breastfeeding, and Development at 18 Months. *Pediatrics* [Internet]. 2002;109(5). Disponible a: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/5/>
48. Tulay A, Bosi B, Gehrt Eriksen K, Sobko T, Wijnhoven TM, Breda J. Breastfeeding practices and policies in WHO European Region Member States. *Public Health Nutr* [Internet]. 2015;19(4):753-64. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4754616/pdf/S1368980015001767a.pdf>
49. Martínez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. El inicio precoz de la lactancia materna se ve favorecido por la realización de la educación maternal. *Rev Assoc Med Bras*. 2013;
50. Rodríguez MJ, Álvarez-Vázquez E, Medina-Pomares J, Velicia-Peñas C. Prevalencia de Lactancia Materna en el Área Sanitaria de Vigo, Galicia. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2017;91(3). Disponible a: https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL91/O_BREVE/RS91C_201702017.pdf
51. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012; Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3979156/pdf/emss-57256.pdf>
52. Castellarnau Bertran L, Rogé Torra R, Escala Cayuela M, Serret Puigpelat R, Fabrega Sabaté J, Tauste Rubio C. Repercusión del alta precoz en la lactancia materna. 2012;
53. Díaz-Gómez M, Ruzafa-Martínez M, Ares S, Espiga I, De Alba C. Motivaciones y barreras percibidas por las mujeres españolas en relación a la lactancia materna. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2016;90:1-18. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100416
54. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012;(1). Disponible a: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003517.pub2>
55. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why Mothers Stop Breastfeeding: Mothers' Self-reported Reasons for Stopping During the First Year. *Pediatrics* [Internet]. 2008;122(Supplement 2):S69-76. Disponible a: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2008-1315i
56. Odom EC, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn L. Reasons for Earlier Than Desired Cessation of Breastfeeding. *Pediatrics* [Internet]. 2013;131(3):e726-32. Disponible a:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861949/pdf/nihms780055.pdf>

57. Cristina Garcia-Loygorri M, de Luis D, Torreblanca B, Alberto March G, Rosario Bachiller M, María Eiros J. La leche materna como vehículo de transmisión de virus. *Nutr Hosp* [Internet]. 2015;32(1):4-10. Disponible a: <http://www.aulamedica.es/nh/pdf/8794.pdf>
58. Pallás Alonso C. Lactancia materna en España. Un compromiso de todos. *An Pediatr* [Internet]. 2015;83(6):365-6. Disponible a: www.analesdepediatría.org
59. Agència de Salut Pública de Catalunya. Petits canvis per menjar millor [Internet]. 2018. Disponible a: http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/alimentacio_saludable/02Publicacions/pub_alim_salu_tothom/Petits-canvis/petits_canvis_la_guia.pdf
60. González C. Mi niño no me come. Editorial Planeta, S.A.; 2012.
61. Riart Sala M. Estudi observacional de l'alimentació que segueixen els nens i nenes menors de tres anys de les escoles bressol municipals de la ciutat de Lleida [Internet]. Universitat de Lleida; 2017. Disponible a: <https://repositori.udl.cat/handle/10459.1/64685>

ANNEX

Annex 1: Comparació de la llet materna amb la llet de vaca i les llets adaptades ¹

En 100 ml	Llet materna	Llet de vaca	Fórmula d'inici	Fórmula de continuació
Energia (kcal)	71	69	64-72	60-85
Hidrats de carboni (g)	7	4,8	5,4-8,2	5,7-8,6
Proteïnes (g)	0,89	3,31	1,2-1,9	2-3,7
Greixos (g)	3,8	3,7	2,7-4,1	2-4

¹ Taula extreta de:

- Martín Martínez B. Estudio comparativo de la leche de mujer con las leches artificiales. An Pediatr, Monogr. 2005;3(1):43-53.

Annex 2: Els “10 Passos per una Lactància Materna Exitosa”²

Els “10 Passos per una Lactància Materna Exitosa” són la base de la IHAN, on es resumeixen les accions necessàries per recolzar la lactància materna a les maternitats.

Els passos per certificar els hospitals amb el distintiu IHAN són els següents:

1. Disposar d’una normativa escrita sobre la lactància que sistemàticament es posi en coneixement de tot el personal.
2. Capacitar a tot el personal per tal que pugui posar en pràctica la normativa.
3. Informar a totes les embarassades dels beneficis que ofereix la lactància natural i la manera de posar-la en pràctica.
4. Ajudar a les mares a iniciar la lactància durant la mitja hora després del part.
5. Mostrar a les mares com s’ha d’alletar i com mantenir la lactància inclús si s’han de separar dels seus fills.
6. No oferir als nounats cap altre aliment o beguda que no sigui llet materna, a no ser que estigui mèdicament indicat.
7. Facilitar l’allotjament conjunt de les mares i els fills durant les 24 hores del dia.
8. Fomentar la lactància materna a demanda.
9. No donar als nens que alleten biberons, tetines o xumets.
10. Fomentar l’establiment de grups de suport a la lactància natural i procurar que les mares es posin en contacte amb ells a la sortida de l’hospital.

El seguiment d’aquests passos ha demostrat ser efectiu per incrementar les taxes de lactància materna exclusiva.

Hi ha suficient evidència científica en relació als passos individuals, però aquests inclús són més contundents quan es duen a terme tots els passos junts.

Es recomana que en totes les maternitats s’implementi un programa estructurat, amb avaluació externa, que promogui i recolzi la lactància materna, utilitzant la iniciativa IHAN com a mínim estàndard.

² Informació extreta de:

- iHan | Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia [Internet]. Disponible a: <https://www.ihan.es/>
- Organización Mundial de la Salud. Pruebas Científicas de los Diez Pasos hacia una Feliz Lactancia Natural [Internet]. Ginebra; 1998. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67858/WHO_CHD_98.9_spa.pdf?sequence=1
- OMS. La alimentación del lactante y del niño pequeño - Capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud [Internet]. Suiza; 2010. Disponible a: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44310/9789275330944spa.pdf?sequence=1>
- Ministerio de Sanidad SS e I. Guía de Práctica Clínica sobre lactancia materna [Internet]. 2017. Disponible a: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_560_Lactancia_Osteba_compl.pdf

Annex 3: Fórmules especials³

La lactància materna és la forma òptima d'alimentació del nadó. Quan no es dona el pit a l'infant, l'elecció habitual és la llet adaptada. Però, existeixen problemes dietètics específics que poden contraindicar tant la llet materna com les llets artificials convencionals. Per aquest motiu, s'han elaborat un grup de fórmules anomenades especials amb l'objectiu d'alimentar a lactants o nens amb problemes en la digestió, absorció, metabolització o intolerància a alguna substància.

Les fórmules especials també estan dissenyades d'acord a les recomanacions i normatives de l'ESPGHAN i l'APPCON, i han de ser indicades i utilitzades sota prescripció mèdica.

A continuació s'enumera la classificació dels diversos tipus de fórmules especials que es troben al mercat i la seva indicació:

1. Fórmules per prematurs: indicades en nounats prematurs amb pes inferior a 2.500 grams. S'aconsella administrar-la fins al que equivaldria a 38 setmanes de gestació.
2. Fórmules modificades en hidrats de carboni:
 - fórmules sense lactosa i de baix contingut en lactosa: aquestes fórmules estan indicades a lactants o infants que presenten malabsorció de la lactosa o quadres clínics d'intolerància a aquesta.
3. Fórmules modificades en proteïnes:
 - fórmules de soja: indicades a nadons amb al·lèrgia a la proteïna de llet de vaca, amb intolerància a la lactosa, amb galactosèmia o bé a lactants fills de pares vegetarians que rebutgen una fórmula làctica.
 - hidrolitzats de proteïnes: fórmules hipoantigèniques (prevenció d'al·lèrgia a proteïnes de llet de vaca en lactants amb risc atòpic) o fórmules hipoal·lèrgiques (indicades a lactants amb al·lèrgia a la proteïna de llet de vaca, malalties que presenten malabsorció de greixos (insuficiència pancreàtica, colèstasis crònica,...) i amb alteracions greus de l'absorció intestinal (síndrome de l'intestí curt, síndrome de malabsorció, diarrea greu).
4. Fórmules elementals o monomèriques: indicades en nadons que presenten estat de malabsorció, malaltia inflammatòria intestinal, diarrea irritable, al·lèrgia a proteïnes de llet de vaca que no respon a les altres fórmules especials. També s'administra com a pas d'alimentació parenteral a enteral.

³ Informació extreta de:

- Marugán De Miguelsanz JM, Vicente A, Temprano MM, Torres Hinojal MC. Principales fórmulas especiales utilizadas en lactantes. Acta Pediatr Esp [Internet]. 2018;76(4):50-4. Disponible a: https://continuum.aeped.es/files/articulos/Nutricion_Principales_formulas_especiales.pdf
- Balda MCS, San C, Nieto S. Indicaciones y prescripción de fórmulas especiales. BOL PEDIATR [Internet]. 2006;46(2):200-5. Disponible a: http://www.sccalp.org/boletin/46_supl2/BolPediatr_2006_46_supl2_200-205.pdf
- Tamayo G, Sáenz A, Hernández M, Pedrón C, García Novo M. Fórmulas infantiles especiales. An Esp Pediatr [Internet]. 1997;47:455-65. Disponible a: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/47-5-2.pdf>

5. Fórmules antireflux: les regurgitacions fisiològiques del lactant no requereixen tractament i es resolen espontàniament. El Comitè de Nutrició de l'ESPGHAN limita les indicacions d'aquestes llets amb espessidors únicament a lactants seleccionats amb endarreriment del creixement causat per la pèrdua excessiva de nutrients associada a les regurgitacions. En aquest cas, s'han d'utilitzar però sota un tractament mèdic i la seva supervisió.
6. Fórmules antiestrenyiment: utilitzades en nadons que tenen tendència a l'estrenyiment.
7. Fórmules anticòlic: no està recomanat el seu ús
8. Fórmules especials per errors congènits del metabolisme: indicades en nadons que presenten galactosèmia, fenilcetonúria i malaltia d'orina amb olor de xarop d'auró.

Cal recordar que la lactància materna és la millor opció per alimentar al fill o filla, i que només s'ha d'optar per l'ús de fórmules especials quan el nadó se li ha diagnosticat la patologia i amb indicació del metge.

Annex 4: Calendari orientatiu de la incorporació d'aliments⁴

	0 – 6 mesos	6 – 12 mesos	12 – 24 mesos	≥ 3 anys
▪ Llet materna	X	X	X	X
▪ Llet adaptada (només en aquells infants que no prenen llet materna)	X	X		
▪ Cereals: amb o sense gluten				
▪ Fruïtes				
▪ Hortalisses: evitar els espinacs i bledes				
▪ Llegums				
▪ Ous		X	X	X
▪ Carn: evitar carn d'animals caçats amb munició de plom				
▪ Peix: evitar el peix espasa, emperador, caçó, tintorera, tonyina i crustacis				
▪ Oli d'oliva				
▪ Fruïtes seques aixafades o mòltes				
▪ Llet sencera: en cas que l'infant no prengui llet materna			X	X
▪ logurt				
▪ Formatge tendre				
▪ Sòlids amb risc d'ennuegament: fruites seques senceres, crispets, grans de raïm sencers, poma o pastanaga crua				X
▪ Aliments superflus: sucres, mel, melmelades, cacau i xocolata, flams i postres làctics, galetes, brioixeria, embotits i xarcuteria	Quan més tard i en menys quantitat millor (sempre a partir dels 12 mesos)			

⁴ Calendari extret de la publicació realitzada per l'Agència de Salut Pública de Catalunya anomenada "Recomanacions per a l'alimentació en la primera infància (de 0 a 3 anys)".

Annex 5: Qüestionari sobre lactància

QÜESTIONARI SOBRE LACTÀNCIA

Sóc la Laia Vilarrubla, estudiant de Nutrició Humana i Dietètica a la Universitat de Lleida i aquest qüestionari és per la realització del Treball de Fi de Grau basat en l'estudi sobre el tipus de lactància que reben o han rebut els nens/es de 0 a 3 anys de les escoles bressol de l'Alt Urgell. Us agrairia que contestéssiu atentament les següents preguntes, tenint en compte que *1 mes equival a 4 setmanes*.

Moltes gràcies per la vostra col·laboració.

Qui respon el qüestionari: ☐ mare ☐ pare ☐ altre: _____

Edat de l'infant: _____ mesos Sexe: _____ Fill nº: _____

País d'origen de la mare/pare/tutor: _____

1. Amb quin pes va néixer el seu fill/a? _____ kg
2. Va ser prematur/a?
 - ☐ Sí
 - ☐ No (*passar a la pregunta 3*)
- 2.1. De quantes setmanes? _____ setmanes
3. Va mantenir el contacte "pell amb pell" amb el seu fill/a en menys d'una hora després del part?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
4. El seu nadó va rebre lactància materna en menys d'una hora després del part?
 - ☐ Sí
 - ☐ No
5. Quan va néixer el seu fill/a, vàreu optar per l'alletament matern?
 - ☐ Sí
 - ☐ No (*passar a la pregunta 9*)
- 5.1. Durant quant temps? _____ setmanes
- 5.2. Durant quant temps va ser o serà de forma exclusiva? _____ setmanes

6. Per quin motiu o motius principals van decidir optar per l'alletament matern?
(pot assenyalar més d'una opció)

- ☐ Recomanació i informació rebuda pel professional sanitari
- ☐ Degut als beneficis que té per la mare
- ☐ Degut als beneficis que li aporta al nen/a
- ☐ Degut a què és la millor forma d'alimentar al meu fill/a
- ☐ Degut a què no vaig pensar en cap altra alternativa
- ☐ Recomanació per part d'amics i/o familiars
- ☐ Creació d'un moment íntim amb el fill/a
- ☐ Degut al recolzament rebut i la vivència en el moment del part
- ☐ Altres motius (escriuiu-los)_____

7. Per quin motiu o motius van deixar de donar el pit al seu fill/a? (pot assenyalar més d'una opció)

- ☐ Reincorporació al treball
- ☐ Dificultat en l'augment de pes del nadó
- ☐ Rebuig del pit per part del fill/a
- ☐ Baix recolzament d'allargar la lactància materna per part del pare
- ☐ Impacte negatiu en la relació amb el pare
- ☐ Dolor a l'hora de donar el pit
- ☐ Per indicació del metge
- ☐ Incomoditat de donar el pit fora de casa
- ☐ Dificultat per trobar temps al llarg del dia per donar-li el pit
- ☐ Limitacions de la mare envers l'alcohol
- ☐ Dificultat a l'hora de recuperar la figura i pes de la mare
- ☐ Menor producció de llet
- ☐ Desig de quedar-se embarassada un altre cop
- ☐ Decisió pròpia (no creia que fos necessari continuar donant el pit, creia que se li posava malament al fill/a i vaig decidir canviar,...)
- ☐ Inici de l'alimentació complementària
- ☐ Altres motius (escriuiu-los)_____

8. Quina de les següents opcions s'ajusta més al que van decidir fer respecte a la lactància materna quan es va incorporar la mare al treball? (assenyalar 1 opció)

- ☐ Substituir la llet materna per llet adaptada
- ☐ Alternar la llet materna amb la llet adaptada
- ☐ Mantenir la lactància materna exclusiva

- ☐ Mantenir la lactància materna i donar també altres aliments (alimentació complementària)
- ☐ Donar aliments sòlids únicament (sense lactància materna ni artificial)

Passar a la pregunta 10

9. Per quin motiu o motius principals van decidir NO optar per l'alletament matern? (pot assenyalar més d'una opció)

- ☐ Dificultats anteriors amb la lactància (dolor, mugrons plans o petits, clivelles, creença de poca producció de llet...)
- ☐ Per indicació del metge
- ☐ Reincorporació laboral immediata
- ☐ Degut a patologies associades i/o tractaments farmacològics de la mare que ho contraindiquen
- ☐ Decisió pròpia (no vull donar el pit, prefereixo donar llet artificial, penso que és dolorós,...)
- ☐ Falta de recomanació o recolzament per part dels professionals sanitaris
- ☐ Dificultat amb la lactància materna observades per amics i/o familiars
- ☐ Limitacions de la mare envers l'alcohol
- ☐ Desig de tenir més temps lliure
- ☐ Desig de la mare de recuperar la silueta quan abans millor
- ☐ Altres motius (escriuiu-los)_____

Encara que en la pregunta 5 hagueu respost "No", continueu el qüestionari.

10. Quins considera que són els 3 principals beneficis de la lactància materna per la mare del nadó? (assenyalar 3 opcions)

- ☐ Reducció del risc de càncer de mama i ovari
- ☐ Afavorir la recuperació del pes pre-embaràs
- ☐ Ajudar a perdre pes
- ☐ Produir benestar emocional i afavorir el vincle afectiu mare-fill/a
- ☐ Proporcionar aliment a l'instant al nadó (major comoditat)
- ☐ Millora del contingut en calci dels ossos a l'arribar a la menopausa
- ☐ Prevenció de les hemorràgies post-part
- ☐ Absència de cost comparat amb la lactància artificial
- ☐ Altres beneficis (escriuiu-los)_____

11. Quins considera que són els 3 principals inconvenients de la lactància materna per la mare del nadó? (assenyalar fins a 3 opcions)

- ☐ Ajudar a guanyar pes
- ☐ Dolor als pits
- ☐ Pèrdua de fermesa dels pits
- ☐ Dificultat amb l'activitat laboral
- ☐ Incomoditat de donar el pit en un lloc públic
- ☐ Endarreriment de la recuperació de la figura
- ☐ Reducció del temps lliure
- ☐ Interferència amb les relacions sexuals
- ☐ Augment de la freqüència de desvetllament durant la nit
- ☐ No veig cap inconvenient
- ☐ Altres inconvenients (escriuiu-los)_____

12. Quins considera que són els 3 principals beneficis de la lactància materna pel seu fill/a? (assenyalar 3 opcions)

- ☐ Protecció en front a infeccions respiratòries, gastrointestinals, urinàries, otitis, etc. (augment de les defenses del nadó)
- ☐ Protecció en front del síndrome de la mort sobtada del lactant
- ☐ Millor desenvolupament dental amb menys problemes de càries i ortodòncia
- ☐ Evitar el restrenyiment
- ☐ Ajut de crear un vincle amb la mare, aport de calidesa i seguretat al nadó
- ☐ Potenciar el desenvolupament intel·lectual
- ☐ Disminució del risc de patir diabetis, obesitat, hipertensió, hipercolesterolèmia, etc.
- ☐ Disminució del risc de patir malaltia celíaca, al·lèrgies, malaltia inflammatòria intestinal, etc.
- ☐ Protecció del desenvolupament d'algun càncer
- ☐ Caràcter del nadó més agradable
- ☐ Altres beneficis (escriuiu-los)_____

13. Quins considera que són els 3 principals inconvenients de la lactància materna pel seu fill/a? (assenyalar fins a 3 opcions)

- ☐ Contagi de qualsevol malaltia de la mare
- ☐ Creixement o guany de pes menor que els nadons alimentats amb llet adaptada

- ☐ Menor vincle amb el pare
- ☐ Augment de la freqüència de desvetllament durant la nit
- ☐ Augment del risc de tenir al·lèrgies
- ☐ Augment dels plors
- ☐ No veig cap inconvenient
- ☐ Altres inconvenients (escriuiu-los)_____

14. El seu fill/a va prendre llet adaptada?

- ☐ Sí
- ☐ No (*passar a la pregunta 21*)

15. A quina edat va començar a oferir llet adaptada?_____ setmanes

15.1. Fins quant temps?_____ setmanes

15.2. Va continuar donant el pit?

- ☐ Sí
- ☐ No

16. Per quin motiu o motius principals van introduir la llet adaptada? (pot assenyalar més d'una opció)

- ☐ Recomanació del pediatre
- ☐ Impossibilitat de seguir amb la lactància materna a la llar d'infants
- ☐ Reincorporació laboral de la mare
- ☐ Dificultats en la lactància (dolor, mugrons plans o petits, clivelles, creença de poca producció de llet...)
- ☐ Baix pes de l'infant
- ☐ Degut a patologies associades i/o tractaments farmacològics de la mare que ho contraindiquen
- ☐ Falta de temps per donar el pit
- ☐ Incomoditat de donar el pit fora de casa
- ☐ Degut a què penso que al ser més gran el meu fill/a ha de prendre també llet adaptada
- ☐ Coneixement sobre que és bo alternar els dos tipus de llet
- ☐ Desig que el pare també pogués participar en l'alimentació del fill/a
- ☐ Altres motius (escriuiu-los)_____

17. Pren o va prendre alguna mesura d'higiene per preparar els biberons?

- ☐ Sí
- ☐ No, no és/era necessari (*passar a la pregunta 18*)

17.1. Quina/es?

- ☐ Rentar-se les mans

- ☐ Esterilitzar el biberó
18. Quin tipus d'aigua utilitza o va utilitzar en la preparació de biberons?
- ☐ Aixeta
- ☐ Embotellada
19. Reutilitza o va reutilitzar la llet sobrant del biberó?
- ☐ Sí
- ☐ No
20. Utilitza o va utilitzar escalfabiberons?
- ☐ Sí, sobretot a la nit
- ☐ No
- ☐ Puntualment
21. De quina manera oferia el pit o la llet adaptada al seu fill/a?
- ☐ A demanda
- ☐ Amb horaris (cada 3-4 hores o altres)
22. Dóna o donava aigua en el període de lactància exclusiva al seu fill/a?
- ☐ Sí
- ☐ No
23. Dóna o donava algun suplement al seu fill/a?
- ☐ No
- ☐ Vitamina D
- ☐ Ferro
- ☐ Vitamina K
- ☐ Altres (escriuiu-lo) _____
24. A quina edat va donar o té pensat donar el xumet al seu fill/a?
- ☐ _____ setmanes
- ☐ Mai
25. Va oferir o vol oferir llet de creixement (llet que es pot donar a partir d'1 any fins als 3 anys com a producte de transició de les llets de continuació a la llet de vaca) al seu fill/a en algun moment?
- ☐ Sí
- ☐ No
26. A quina edat va introduir o té pensat introduir l'alimentació complementària (cereals, fruita, verdura,...) al seu fill/a? _____ setmanes
27. Qui o què ha tingut una major influència a l'hora d'escollir el tipus de lactància? (assenyalar fins a 3 opcions com a màxim)

- ☐ Pediatra
 - ☐ Ginecòleg
 - ☐ Llevadora
 - ☐ Metge d'atenció primària
 - ☐ Infermer/a
 - ☐ Dietista – Nutricionista
 - ☐ Amics
 - ☐ Familiars (mare, germana,...)
 - ☐ Grups de recolzament a la lactància materna
 - ☐ Informació d'internet
 - ☐ Revistes especialitzades
 - ☐ Llibres
 - ☐ Jo mateixa, sempre he tingut clara aquesta decisió
28. Quina ha sigut la sensació de recolzament dels professionals sanitaris durant la lactància? (valorar del 1 al 10, considerant l'1 com a molt poc recolzament, el 10 com a molt i el 5 com a puntuació mitja en què ha rebut recolzament però no el suficient) _____
29. Durant quant temps va estar de baixa maternal? _____ setmanes
30. Fuma o fumava durant el període de lactància?
- ☐ Sí
 - ☐ No
31. Beu o bevia alcohol durant el període de lactància?
- ☐ Sí
 - ☐ No
 - ☐ Ocasionalment
32. Pren o prenia algun suplement la mare del nadó durant el període de lactància?
- ☐ No
 - ☐ Iode
 - ☐ Omega 3
 - ☐ Ferro
 - ☐ Calci
 - ☐ Vitamina B12
 - ☐ Vitamina D
 - ☐ Vitamina K
 - ☐ Altres (escriuiu-lo) _____

33. Quin tipus d'alimentació seguia la mare del nadó durant el període de lactància?

- ☐ Dieta mediterrània (basada en cereals, fruites i verdures, oli d'oliva, llet i productes làctics, peix, carn, ous, fruits secs)
- ☐ Vegana (s'exclouen tots els aliments d'origen animal)
- ☐ Ovolactovegetariana (exclou aliments d'origen animal excepte els ous i la llet i productes làctics)
- ☐ Lactovegetariana (exclou aliments d'origen animal excepte la llet i productes làctics)
- ☐ Ovovegetariana (exclou aliments d'origen animal excepte els ous)
- ☐ Crudívora (consum d'aliments crus)
- ☐ Dieta Halal (aliments permesos pel consum de la religió musulmana)
- ☐ Dieta Kosher (aliments permesos pel consum de la religió jueva)
- ☐ Altres (escriuiu-la)_____

34. Pren o prenia algun medicament, complement alimentari, planta medicinal o aliment especial la mare del nadó per augmentar la producció de llet?

- ☐ Sí

34.1. Quin o quins?_____

- ☐ No

Annex 6: Protecció laboral de la dona lactant⁵

El treball és un dret de la dona, el qual permet que sigui independent econòmicament i realitzar-se com a persona.

L'Organització Internacional del Treball, del qual el nostre país n'és membre va elaborar el "Conveni sobre la protecció de la maternitat" l'any 2000 amb la finalitat de protegir les dones embarassades o lactants que treballen.

L'Estat Espanyol va adoptar diverses mesures legals per tal d'aplicar el conveni i així facilitar la incorporació de la dona al treball:

- Estatut dels Treballadors (Reial Decret Legislatiu 1/1995 del 24 de març).
- Llei 31/1995 de Prevenció de riscos laborals, del 8 de novembre.
- Llei 39/1999 per a promoure la conciliació de la vida familiar i laboral de les persones treballadores, del 5 de novembre.
- Reial Decret 295/2009 pel que es regulen les prestacions econòmiques del sistema de la Seguretat Social per maternitat, paternitat, risc durant l'embaràs i risc durant la lactància natural, del 6 de març.
- Llei Orgànica 3/2007 per a la Igualtat efectiva de les dones i els homes.

1. Permisos retribuïts

- Baixa maternal: la dona té dret a 16 setmanes de baixa després del part, podent ampliar-se 2 setmanes per cada fill/a a partir del segon en cas de parts múltiples. Aquest permís és obligatori les primeres 6 setmanes, després es pot compartir amb el pare.
- Baixa paternal: el pare té dret a un permís de 13 dies que es suma al permís de naixement, podent ampliar-se 2 dies per cada fill/a a partir del segon en cas de parts múltiples.
- Permís de lactància per fill menor de 9 mesos (en funcionaris 12 mesos): dret de la mare a absentar-se una hora al dia, que es pot dividir en dues fraccions. Es pot cedir el permís al pare en cas que els dos treballin.
- Permís per exàmens prenatals i classes de preparació al part: la mare pot absentar-se al treball avisant prèviament.
- Permís en cas de nadons prematurs o que necessiten hospitalització després del part: la mare o el pare tenen dret en absentar-se durant una hora diària. També

⁵ Informació extreta de:

- Organización Internacional del Trabajo. Convenio sobre la protección de la maternidad [Internet]. 2000. Disponible a: https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183
- Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Preguntas frecuentes sobre lactancia materna. 2012; Disponible a: <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>.

poden reduir la jornada laboral 2 hores diàries amb la reducció proporcional del sou.

- Vacances: són acumulables al permís de maternitat.

2. Permisos amb sou parcial

- Reducció de la jornada laboral: es pot reduir entre un 1/8 i 1/2 de la jornada laboral amb la disminució proporcional del sou en casos de cuidar un menor de 8 anys. Aquest permís el pot gaudir tant l'home com la dona.

3. Permisos sense sou

- Excedència per cuidar el fill o familiar al càrrec: podrà gaudir d'un període d'excedència de fins a 3 anys per fill. El naixement d'un nou fill posarà fi a l'excedència anterior.

4. Salut al treball

- Risc per a l'embaràs o lactància: si hi ha un possible risc o repercussió negativa de les condicions de treball per la dona embarassada o lactant es pot demanar una valoració. Si es determina que existeix risc, l'empresa haurà d'adaptar les condicions de treball suprimint les que suposin un risc. Si no és possible, s'haurà de canviar a la dona a un altre grup de treball, de la mateixa categoria o si no és el cas en una de diferent. Si no hi ha cap lloc de treball compatible, s'atorgarà la suspensió del contracte de treball per risc durant l'embaràs o la lactància (fins als 9 mesos).

5. Garanties enfront l'acomiadament

- Es considera nul l'acomiadament de la dona per l'exercici dels seus drets com a dona embarassada o lactant, excepte que l'acomiadament es produeixi per altres motius.